

# Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening 3 • 2024

ÅRSMØTEUTGAVEN 2024  
Lillehammer 23.10 – 25.10



**Velkommen til Lillehammer!** s. 13

**Program for årsmøtet i Norsk gynekologisk forening** s. 14

**Stiftelse av Norsk hysteroskopiforum** s. 42



Norsk gynekologisk  
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

# Har du pasienter med **barneønske**?

## Teamet på Aleris Fertilitet kan hjelpe!

**Vi tilbyr alt innen fertilitetsutredning og -behandling for kvinner, menn og par!**

Vårt team består av gynekologer, androlog, embryologer og fertilitetssykepleiere med lang erfaring.

"Alle vi har møtt har gitt oss så god støtte og oppfølging. Det er enkelt å ta kontakt, og det er lav terskel for å stille spørsmål, søke råd og få veiledning."  
- Fertilitetspasient

### **Nyeste teknologi**

Kunstig intelligens hjelper oss å finne det beste embryoet for implantasjon. Inkubatoren EmbryoScope+ sikrer optimale forhold gjennom hele dyrkningsprosessen, og sikkerhetssystemet RI-Witness overvåker alle stegene i IVF-behandlingen.

### **Omfattende analytiske tester**

Vi har kompetanse ved implantasjonsfeil eller gjentatte aborter, og tilbyr utredning og oppfølging av disse pasientene. Vi utfører blant annet endometrietest og ERA-test.

### **Norges fremste endometriosespesialister**

Endometriose er en av de hyppigste årsaker til infertilitet. Vi har erfarne endometriosekirurger som jobber tett sammen med våre fertilitetsleger.

### **Ekspert på mannlig infertilitet**

Av par som sliter med ufrivillig barnløshet skyldes det i omtrent 1/3 av tilfellene nedsatt fertilitet hos mannen. Vi har androlog med særkompetanse på mannens reproduksjon.





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.vengen@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

Generalforsamling NGF 2024 ..... 10

Komiteer og grupper under NGF høsten 2024 ..... 10

## ÅRSMØTET 2024

Velkommen til NGFs årsmøte i 2024 på Lillehammer ..... 13

Program for årsmøtet i Norsk gynekologisk forening ..... 14

## FUGO

Kjære FUGO-folk ..... 21

FUGO-styret 2024 ..... 21

SPECIALITETSKOMITEEN ..... 22

ÅRSRAPPORTER 2023 ..... 26

## GYNEKOLOGER IMELLOM

Stiftelse av Norsk hysteroskopiforum på NGFs årsmøte 2024 ..... 42

## ÅRSMØTET 2024

Abstrakt ..... 44

Postere ..... 68

## GYNEKOLOGEN

- er et uavhengig tidsskrift.

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





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

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



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



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

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

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



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

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



**UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON**

**Kontraindikasjon**

Amming

**Forsiktighetsregler**

**Hematologiske bivirkninger** (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave 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, ryggsmertor, redusert leukocytterverdi og hetetokter. De vanligste alvorlige bivirkningene > 1 % (behandlingsrelaterte frekvenser) var trombocytopeni og anemi.

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

**Pakninger og priser:** Maksimalpriser: 56 stk. (blister) kr 48.623,00. 84 stk. (blister) kr 72.916,30. Zejula inngår i onkologianbudet til rabattert pris. Refusjon: H-resept: L01X X54\_1 Niraparib. Zejula er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved førstelinjebehandling av BRCA-positive pasienter og andrelinjebehandling av BRCA-negative og BRCA-positive pasienter. Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

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



## Bedside journal-scrolling, kommet for å bli?

Da kullet mitt entret «klinikken» i 2016, den kliniske delen av medisinstudiet i Bergen, fikk vi en interessant forelesning om pasientjournalen. Denne bevisstgjørende forelesningen tror jeg mange leger hadde hatt godt av. Juridiske og etiske aspekter ved pasientjournalen ble gjennomgått av en foreleser som jobbet med IKT. Vi ble tvunget til å tenke gjennom hvordan journalen brukes i dag, både som verktøy for helsepersonell og som juridisk dokument. Foreleseren gikk gjennom pasientens rettigheter til utskrift av journal, samt hvordan journalen nå ville bli lettere tilgjengelig for pasientene på helsenorge.no, nærmest i «sanntid».

Dette utviklet seg til en diskusjon rundt pasientens rett til relativt fortløpende innsyn i journalen. Det er klart pasienten bør eie sin egen journal. Men når anamnesen hamres ned på tastaturet med visshet om at pasienten finner den på iphonen sin i morgen tidlig, vil jeg tro det påvirker hva som skrives. Er vi fortsatt ærlige nok i beskrivelsene av bakgrunn, anamnese og status presens? Vi har blitt flinke til å finne teknikker for å diktere på en høflig måte, men samtidig antyde noe mellom linjene. Ordet *angivelig* er en slik hyppig brukt teknikk. *Pasienten har angivelig tatt sine medisiner som forskrevet. Angivelig VAS10, fremstår helt upåvirket.* Bli det flere eller færre av disse frasene? Bør vi gå mindre rundt grøten, tross at mange pasienter leser formuleringene våre rett etter poliklinikkbesøket, eller til og med fra pasientsengen før visitt?

Eller bør vi faktisk korrigere oss mer? Hva med kreftpasienten der CT thorax-abdomen-bekken nylig har påvist utbredte metastaser? Bør dette journalføres med én gang, eller bør vi vente til vi har fått overbragt beskjeden muntlig? Det er vel rimelig uheldig om

pasienten leser det på helsenorge.no først? En populær løsning er å ikke godkjenne journaldokumentene før pasienten er informert. Er det egentlig god praksis, eller er det uheldig med slike ikke-ferdigstilte notater?

Mange leger er allerede bevisste på pasientens journal-innsyn, men ikke alle. NRK hadde 21. september i år hovedoppslag om Stig Isaksen, som fikk Alzheimer-diagnose på helsenorge-appen. Jeg har selv bekjente som har funnet både parkinson- og syndromdiagnoser i bisetninger i pasientjournalen på helsenorge. Det tok de svært tungt. En annen venninne fikk nyss om både gynekologisk kreftdiagnose og at hun aldri ville kunne få barn via egen journal på helsenorge.no. Telefon fra legen fikk hun først lenge etterpå. Og la oss ikke glemme at pasientene gjerne må google latinske fraser en panikkfylt økt før den nedslående beskjeden faktisk blir forståelig.

Pasientens rett til fortløpende innsyn i egen journal er muligens kommet for å bli, og fremstår for meg uforenelig med helt ufiltrert journalføring kun myntet på bruk helsepersonell imellom. Så lenge pasienten har forløpende innsyn vil jeg oppfordre sykehuskollegaer til å ha den sårbare pasienten i bakhodet før man foreviger alvorlige beskjeder i elektronisk journal. Vurder om hun fortjener en tidlig telefonsamtale! Kanskje blir det dagens lille bidrag til å øke eller opprettholde tilliten til at det offentlige helsevesenet også gjør sitt ytterste for at pasientene skal ha det bra.

*Tale Meinich*  
Redaktør



NYTT  
PRODUKT!

  
delmont  
imaging



iCare<sup>mini</sup>

Dokumenter dine  
kolposkopiundersøkelser  
med iCare Mini.



DELMONT SVINGARM KOLPOSKOPI MED ICARE MINI

# Skarpt bilde for trygg og pålitelig diagnose

- › Eksepsjonell bildekvalitet: Høy-presisjonsoptikk for nøyaktige diagnoser.
- › Enkel i bruk: Variofocus-linsen minimerer justeringer under undersøkelser.
- › Tilpasset dine behov: Flere konfigurasjoner og tilbehør for operasjon eller poliklinikk.
- › Strømlinjeformet rapportering: Imagyn™-appen gjør det raskt og enkelt å lage detaljerte rapporter.

[NORMEDI.COM](https://www.normedi.com)  
[NORMEDIEDUCATION.COM](https://www.normedieducation.com)

Ta gjerne kontakt med:

Paul Essebaggers | Tlf: 928 92 666 | E-post: paul@normedi.com

Knut-Inge Stein | Tlf: 901 71 768 | E-post: knut-inge@normedi.com



## Kjære alle sammen

Det er snart klart for høsten fineste eventyr; nemlig årsmøte, i år på Lillehammer. Jeg håper mange får mulighet til å delta, da årsmøte uten tvil er en god mulighet til å treffe gode kollegaer, bli oppdatert på hva som skjer på forskningsfronten i ulike deler av Norge og i år også i Norden. I tillegg er det en flott mulighet for våre yngre kollegaer til å bli litt kjent med foreningen og fagmiljøet. Jeg håper derfor mange LIS får mulighet til å dra. Jeg mener selv dette er en meget rekrutterende arena for vårt fag, da jeg ikke kan tenke meg at noen reiser hjem fra årsmøte uten en god følelse av å være del av en flott gjeng.

På de to foregående årsmøtene har vi hatt diskusjonstema om «Når noe går galt», og i fjor en diskusjon om generalisten i faget vårt. Begge temaene ligger tett opp mot rekrutteringsspørsmål og det å holde på fagfolk. I år skal vi diskutere mangel på gynekologer, blant annet med legepresident Anne-Karin Rime. Det som er ekstra spennende med dette teamet er at vi aldri har vært så mange gynekologer i Norge som vi er nå.

Ragnar Kvie Sande gjorde et solid arbeid med å kartlegge nettopp dette i fjor høst, og han fant ut at NGF, på samme måte som Legeforeningen, har økt sine medlemstall med ca. 3% per år. Overleger og LIS har økt med ca. 4% og PSL med ca. 3%.

Blant våre 38 sykehus med gynekologisk avdeling mangler 23 sykehusoverleger, og bare fire sykehus sier de har den overlegetekningen de trenger for å drive optimalt. På den samme undersøkelsen kom det fram at 441 overleger og 255 LIS var ansatt på sykehus. Spørsmålet videre blir da hvor de resterende av våre ca. 1300 medlemmer er. Mange av disse gjør nok en veldig viktig jobb som avtalespesialist, noen jobber helprivat og noen jobber innen academia. Og noen har kanskje valgt en annen vei. Men med et skrikende behov for flere leger i det offentlige blir det spennende å se om Legeforeningen har noen ytterligere tanker om teamet.

Jeg håper i alle fall at mange av dere, både dere som jobber i det offentlige og dere som ikke gjør det, tar turen til Lillehammer for videre diskusjon. Jeg gleder meg til å treffe alle og vet at LOK på Lillehammer planlegger et godt sosialt program hvor vi kan kombinere det faglige med det sosiale. Det er gynekologer særdeles gode på!

Vi sees!

*Solveig Bjellmo*

Leder i Norsk gynekologisk forening



# Nytt fra styret

Siden sist har styret i NGF avholdt to møter, et digitalt i juni og et veldig hyggelig møte i Stavanger hvor vi endelig også fikk treffe Tale Meinich igjen, som ble mamma til lille søte Solan i vår. Hun har sammen med redaksjonen klart å få ut Gynekologen i juni, på tross av bragden å samtidig føde sitt første barn, og hun har nå stått for årsmøteutgaven. Vi gruer oss til hennes snarlige avgang, men er glad for å ha funnet en ny god kandidat til den viktige redaktørstillingen.

En annen vi gruer oss til å skulle klare oss uten er Inga Vengen, mangeårig nettredaktør. Hun har gjort en formidabel innsats blant annet med å ferdigstille overgangen av våre retningslinjer til metodebok.no. Dette har vært en stor jobb som nok vil glede mange. Styret og NGF er evig takknemlige for innsatsen, og selv om hun blir dypt savnet gleder vi oss til å bli kjent med ny nettredaktør.

Det har vært mange interessante saker også på de to siste styremøtene, og det blir alltid gode diskusjoner. Det har blitt jobbet hardt mot årsmøtet på Lillehammer. Vitenskapelig sekretær har sydd sammen et meget spennende program, og i tillegg gleder vi oss til å høre gode frie foredrag og lese postere fra mange av dere medlemmer. Det er alltid inspirerende å se hva som rører seg ute i det langstrakte land.

Vi sees på Lillehammer,

For styret i NGF

*Solveig Bjellmo*

Leder

## 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 Universitetssjukehus og 1. amanuensis ved Universitetet i Bergen. Han er gift med ein forskande gynekolog, saman med henne har han fire barn, hund, katt og ein dieselbil av eldre modell. På fritida les han bøker og spelar gitar.



**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 Universitetssjukehus, ble spesialist i 2011 og disputerte i 2019 med en avhandling om fostersirkulasjon ved maternell diabetes. Som kliniker har hun fått bred erfaring innen gyn. endokrinologi og anomali. Hun var tidligere redaktør i Gynekologen, er en aktiv samfunnsdebattant og var i fire år klinikkoverlege – erfaring som kan komme godt med i NGF-styrearbeidet. 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 barnekirurgi, men er nå fast bestemt på å bli gynekolog. Utover jobb er Morten glad i å løpe i skogen, bade og gå på teater, og er over gjennomsnittet opptatt av god kaffe.



# Schmitz gyn.stol | Leisegang kolposkop

medi-matic® | Kolposkop balance-o-matic stativ



Når kvalitet teller



*Vi sees på  
Lillehammer!*



Laveste seteposisjon: 47 cm



Kolposkop balance-o-matic stativ

**En ny målestokk for  
kvalitet og design.**

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

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



# svas svalland as

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





## Generalforsamling NGF 2024

### Sakliste generalforsamling NGF 2024

- Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere.
- Minnestund
- Årsmelding 2023
- Regnskap 2023
- Ekstrakontingent
- Revidert budsjett 2024
- Budsjett 2025
- Søknad til solidaritetsfondet
- Årsrapporter: Viser til Gynekologen

### Saker fremlagt av styret:

1. Ny valgkomite
2. Valg av desisor
3. Endringer i redaksjonskomiteene

4. Endring av overordnede retningslinjer for guidelinearbeid
5. Endring av vedtekter
6. Ny redaktør i Gynekologen
7. Ny nettredektør

### Orienteringssaker:

1. Metodebok.no
2. NGF undergrupper

### Saker fremlagt av medlemmene:

Ingen

### Årsmøtestad 2026:

Tromsø

## Komiteer og grupper under NGF høsten 2024

### FUGO-styret

Mina Eskeland (leder)  
Morten Kvello  
Siri Juliebø-Jones  
Are Larsen  
Sukhjeet Bains  
Rannveig Stokke  
Eilin Austreid

### Spesialitetskomiteen

Nora Johansen (leder)  
Christine Hancke  
Renate Torstensen  
Jette Stær-Jensen  
Johan Kippervik  
Alexander Vietheer  
Ragnhild Lindelien Schwartz (LIS)  
Magnus Hagland (LIS, vara)

### Nettredeksjonen

Inga Vengen

### Gynekologen

Tale Meinich (redaktør)  
Mina Eskeland (medredaktør)  
Rannveig Stokke (medredaktør)

### EBCOG

Ragnar Kvie Sande  
Birgitte Sanda

### NFGO – Norsk forum for gynekologisk onkologi

Tone Skeie-Jensen OUS (leder)  
Vara Torbjørn Paulsen  
Martin Lindblad UNN (nestleder)  
Vara Elise Sletten (kasserer)  
Alda Birgisdottir OUS (web-ansvarlig)  
Vara Katharina Bischof  
Kathrine Woie HUS  
Vara Line Bjørge  
Marit Sundset Ravlo St.Olav  
Vara Merete Ravlo  
Ingvild Vistad Sørlandet sykehus HF (sekretær)  
Vara Elisabeth Berge Nilsen SUS

### NFOG

Solveig Bjellmo

### NFOG vitenskapelige komité

Terhi Piltonen (Finland)  
Anne Hammer (Danmark)  
Heiddis Valgersdottir (Island)  
Ann Josefsson (Sverige)  
Agnethe Lund (Norge)

### Endoskopiutvalget

Jenny Alvirovic (leder)  
Kristine Aas-Eng  
Renate Torstensen

Øystein Helland  
Tonje Bohlin  
Are Larsen (FUGO-representant)

### Referansegruppa for fosterovervåking

Jørg Kessler(leder)  
Johanne Kolvik Iversen  
Heidi Overrein  
Tiril Tingleff  
Lillian Leirvik  
Anne Kristin Stavenes

### Urogynekologisk faggruppe

Cathrine Reimers, OUS Ullevål  
Kristine Amundsen, UNN  
Siri Tuft Isdahl, Haukeland  
Siv Svennevik Myhr, SIV Tønsberg  
Maria Øyasæter Nyhus, St.Olavs  
Frida Sofie Sivertsen, (LIS) Haugesund Sjukehus  
Mariann Eidet, SSK (leder)

### Styringsgruppa for NORBIRTH-nettverket

Trond Melbye Michelsen (leder)  
Ingvil Krarup Sørbye (fra SAINT-ledelsen)  
Camilla Haavaldsen (Helse Sør-Øst)  
Anne Flem Jacobsen (Helse Sør-Øst)  
Ragnar Kvie Sande (Helse Vest)  
Solveig Bjellmo (NGF-leder, Helse-Midt)  
Åse Torunn Revholt Pettersen (Helse Nord)  
Andrea Alstad (LIS-representant)

# Behandling ved vaginal atrofi

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

## EFFEKT

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

## SIKKERHET

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

## VAGINALGEL

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



## 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. Kjønnorganer/bryst: Genital pruritus. Øvrige: Pruritus på påføringsstedet. Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $<1/100$ ): Hud: Prurigo. Infeksjoner: Candidiasis. Kjønnorganer/bryst: Bekkensmerter, genitalt utslett. Neurologiske: 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](http://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





# Norgine byr in til **Lunsjsymposium**

**Fredag 25 oktober kl. 13.40–14.25**  
**på NGF's årsmøte 23–25 oktober 2024**

## **Tema**

Induksjon i Norge – Kvinner i fødsel med høy BMI

## **Foredragsholder**

Eszter Vanky, Professor, Institutt for klinisk  
og molekylær medisin ved NTNU

**Krever ingen påmelding. Varmt velkommen!**

Karen Joys  
Key Account Manager  
Mail: [kjoys1@norgine.com](mailto:kjoys1@norgine.com), mobil: 975 37 197

**Norgine  
er også på  
plass med stand.  
– Besøk oss  
gjærne!**



**@norgine | [www.norgine.com](http://www.norgine.com)**

**Norgine Norge AS** Postboks 1935 Vika, 0125 Oslo, [norgine.no](http://norgine.no)

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

*Because patients inspire us*





# Kjære kolleger!

Den lokale komité ved Kvinneklinikken 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 imot 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.*





# Årsmøteprogram

## Norsk gynekologisk forening

### Lillehammer 2024

Onsdag 23/10

---

#### Kurs

09:00-15:00 **FUGO-kurs** – En fødselspopulasjon i endring  
(NB! Krever påmelding)

#### Formøter

15:30-17:00 **Lederforum**  
Ressursbruk og stadig økende krav til dokumentasjon og rapportering; utfordringer og mulige løsninger

Møteledere: Anne Sofie Engnæs/Sølvi Lomsdal  
Johanne Kolvik Iversen (OUS), Anja Døssland  
Holstad (Gjøvik/Lillehammer) og Ellen Henriette  
Pettersen (urolog og direktør for medisin og  
helsefag, Sykehuset Innlandet)

16:45-18:30 **Endoskopiutvalgets formøte**  
Breaking news - Ny undergruppe av endoskopiutvalget:  
Norsk hysteroskopiforum  
Endometriose - Utredning og behandling i Norden  
17:00-17:20 Sverige  
17:20-17:40 Danmark

Møteleder: Jenny Alvirovic  
Espen Berner

17:40-18:00 Norge  
18:00-18:30 Rundborddiskusjon: Tanker  
rundt behovet for spesialisert behandling  
og oppfølging av endometriosepasienter

Malin Brunes, overlege Södersjukhuset Stockholm  
Dorthe Hartwell, overlege og leder for  
endometrioseteamet, Rigshospitalet København  
TBA  
Moderatorer: Renate Torstensen og Jenny Alvirovic

17:30-19:00 **FUGO-formøte**  
17:30-18:00: Generalforsamling  
18:00-19:00: «Podcast» om seteleie

Møteledere: FUGO-styret

Liv Ellingsen og Solveig Bjellmo

17:30-19:00 **Obstetrisk formøte**  
Maternelle dødsfall  
RCT vs. Real World Data  
Fosterovervåking: Ny digital plattform  
Overtidskontrollen – hvilken effekt har den?

Møteleder: Johanne Kolvik Iversen  
L. Ellingsen  
K. Laine  
T. Tingleff  
G. Murzakanova

17:30-19:00 **Norsk forening for gynekologisk onkologi (NFGO)**  
Optimalisering av pasienten lokalt ved  
henvisning for behandling ved regionsykehus  
Endometriecancer; hvorfor sentinel  
node bør tas på alle pasienter  
HRT etter cancerbehandling  
Årsrapport for gynekologisk kreft  
Åpen diskusjon; spørsmål til de regionalt  
behandlingsansvarlige

Møteleder: Tone Skeie-Jensen

17:30-19:00 **Fostermedisinsk formøte**  
MCDA-tvillinger  
Ny abortlov  
AI innenfor fostermedisin og genetik

Møteleder: Ragnar Kvie Sande  
A. Helbig  
R. K. Sande  
Ø. Braaten



17:30-19:00	<b>Praktiserende spesialister (PSL)</b> Vulvasykdommer – den tverrfaglige pasienten Kan og bør den gravide trene? – kort oppsummert	Møteleder: Birgitte Sanda I. W. Bjørntvedt B. Sanda
17:30-19:00	<b>Urogynekologisk formøte (NUGG)</b> Velkommen + Info fra urogynekologisk faggruppe Resultater etter cystoskopisk botoxinjeksjon for overaktiv blære ved gynekologisk avdeling Ventetid før/under coronaepidemien for bekkenbunnsykdommer Utarbeidelse av modifisert NKIR-skjema til bruk ved gynekologisk fistelsykdom Sakrokolpopeksi ved vaginaltoppsdescens Fremre enterocele Utfordringer etter klipping av TVT-bånd	Møteleder: Mariann Eidet M. Eidet S. Myhr  J. Trovik  J. Trovik  M. Eidet I. Volløyhaug M. Ø. Nyhus
20:00-23:00	<b>Get-together</b>	Hotellet, i Restaurant Undset / Lysgård

## Torsdag 24/10

07:00	<b>Frisk start på dagen for morgenfugler!</b>	Oppmøte i hotellobby. Det blir joggetur i rolig tempo i fine omgivelser. Lurt med gode joggesko, varmt tøy og hodelykt.
09:00-09:30	<b>Offisiell åpning</b>	
09:30-10:20	<b>Can we predict complex disorders? Pre-eclampsia as an example</b>	Juha Kere, prof. of Molecular genetics, Karolinska Institutet
10:20-11:00	<b>Pause – besøke utstillere</b>	
11:00-12:00	<b>Frie foredrag gynekologi</b>	
	A1 Adrenal steroid profiling as a diagnostic tool to differentiate polycystic ovary syndrome from non-classic congenital adrenal hyperplasia: pinpointing easy screening possibilities and normal cutoff levels using liquid chromatography tandem mass spectrometry	PM Thorsby
	A2 Immuno-hormonell heterogenitet hos gravide med normo- eller hyper-androgen PCOS	AH Jarmund
	A3 Preeksisterende genital Chlamydia Trachomatis infeksjon blant kvinner diagnostisert med ekstrauterint svangerskap ved St. Olavs hospital 2005-2021	HF Fredriksen
	A4 Smerteopplevelse ved poliklinisk hysteroskopi	O Nordbø
	A5 Kirurgisk behandling av meno-metrorrhagi ved Sørlandet sykehus 2011-2021: Retrospektiv analyse av DIPS-journaldata	I Vistad
	A6 Risikofaktorer for vaginaltoppsruptur etter robot-assistert total laparoskopisk hysterektomi i Norge	SE Denstad
12:00-12:30	<b>Frie foredrag Obstetikk</b>	
	A7 Clinical examination for identifying low-risk pregnancies suitable for expectant management beyond 40-41 gestational weeks: Maternal and fetal outcomes	G Murzakanova





	A8 Fødselsopplevelse med proaktiv fødselshjelp (PAF) versus standard fødselshjelp i latensfasen – en randomisert kontrollert studie	M Larsen
	A9 Immunprofiling avdekker tre ulike sykdomsgrupper ved kalkulert høy risiko for preeklampsi i første trimester	ÅTR Svoren
12:30-13:30	<b>Lunsj</b>	
(12:40-13:25)	Lunsj-symposium	
	<b>Gedeon Richter</b>	
	Del 1: Medikamentell behandling av endometriose og behandlingstrappen i Norge	Guri Majak, overlege Oslo Universitetssykehus
	Del 2: Ryeqo, en ny mulighet til å behandle endometriose	TBA
	<b>Exeltis</b>	
	Svangerskapskvalme – Hyperemesis – Har ernæring betydning?	Jone Trovik, Overlege, professor ved Haukeland universitetssjukehus
13:30-14:10	<b>Frie foredrag Obstetikk</b>	
	A10 Nøytrofile ekstracellulære feller (NETs) og deoksyribonuklease (DNase) i maternell sirkulasjon korrelerer med markører for placenta-dysfunksjon og maternelt blodtrykk ved preeklampsi	BK Sundet
	A11 Sirkulerende nøytrofile ekstracellulære feller (NETs) etter hypertensive svangerskap og kardiovaskulære risikokalkulatorer	S Balakumaran
	A12 Kardiovaskulær struktur og funksjon etter preeklampsi: effekten av kjønnsuavhengige og svangerskaps-spesifikke risikofaktorer	K Klepp
	A13 Vevsuforlidelighet mellom mor og barn påvirker antall fosterceller i mors sirkulasjon etter normotensive svangerskap	AT Staff
14:10-14:45	<b>Er sykdomsprediksjon innen gynekologi/obstetikk relevant for folkehelse?</b> Samtale	Juha Kere, Trond Michelsen, Annetine Staff og Agnethe Lund
14:45 -15:30	<b>Postertalk og pause</b>	
15:30-16:45	<b>Gynekologisk kreft: inviterte foredrag</b> Borderline tumor ovarii Nyere medikamentell behandling, som immunterapi Komplikasjoner/bivirkninger ved nye behandlingsmetoder	NFGO-leder: Tone Skeie-Jensen Martin Lindblad Katharina Bischof
16:45-17:30	<b>Pause – besøk utstillere</b>	
17:30-18:30	<b>Generalforsamling</b>	
19:30-01:00	<b>Årsmøtemiddag</b>	Elisabeth Berge Nilsen og Katharina Bischof





## Fredag 25/10

### 09:00-10:00 **Frie foredrag Fostermedisin/Obstetrik**

- |  |             |
|--|-------------|
| A14 Baby Segmentation Tool - Et kunstig intelligens (KI)-verktøy for rask og nøyaktig måling av fosterets og morkakas størrelse                  | CPS Kulseng |
| A15 Longitudinelle referanseverdier for forholdet mellom pulsatil index i arteria adrenal inferior, arteria cerebri media og arteria umbilicalis | E Espeseth  |
| A16 Growth restriction in the offspring of mothers with polycystic ovary syndrome - data from the PregMet and MoBa studies                       | MSA Talmo   |
| A17 Assosiasjon mellom føtal posisjon ved fødsel og varighet av aktiv fødsel   | B Eide      |
| A18 The impact of exercise: A descriptive study on pregnancy and neonatal outcomes in athletes   | B Sanda     |
| A19 Ovarialtorsjon i svangerskapsuke 31 – en diagnostisk og terapeutisk utfordring   | IT Vengen   |

### 10:00-10:30 **Pause – besøke utstillere**

### 10:30-12:00 **Frie foredrag gynekologi og gynekologisk kreft**

- |   |              |
|---|--------------|
| A20 Molekylære egenskaper hos kvinner med tilbakefall av livmorkreft, en retrospektiv observasjonsstudie basert på Sensor-databasen   | FM Teigland  |
| A21 Diagnostic accuracy of sentinel lymph node biopsy for surgical staging of intermediate and high-risk endometrial carcinoma  | PKB Trent    |
| A22 Evaluating the usefulness of implemented biomarkers ER and PR receptor status in risk stratification to reduce percentage of lymphadenectomies in low and intermediate risk endometrial carcinoma | KM Sjaastad  |
| A23 Fertilitetsbevarende behandling av endometriecancer og endometriehyperplasi med atypi   | M Kvello     |
| A24 Seksuell helse etter endometriekreftbehandling; en prospektiv norsk kohortstudie  | J Trovik     |
| A25 Har hyperemesispasienter risiko for reernæringssyndrom  | J Trovik     |
| A26 Hvilken mikrobiota finner vi i urin fra engangskateter hos kvinner operert med tensjonsfri vaginaltape (TVT)?   | I Volløyhaug |
| A27 Symptoms of complex pelvic pain: A survey in three cohorts of women   | C Hagemann   |
| A28 Ektopisk graviditet ved St: Olavs hospital 2005-2021: Endring i diagnostikk og behandling over tid  | ER Dyrnes    |

### 12:00-12:30 **Pause – besøke utstillere**



12:30-13:30	<b>Norge mangler gynekologer – hva gjør vi?</b> Paneldiskusjon	President i Legeforeningen Anne-Karin Rime, leder av overlegeforeningen Ståle Clemetsen og Agnethe Lund
13:30-14:45	<b>Lunsj og besøke utstillere</b>	
(13:40-14:25)	<b>Lunsj-symposium</b>	
	<b>Norgine</b> ANGUSTA for induksjon i Norge -Kvinner i fødsel med høy BMI -ANGUSTA, dens formål og virkemåte	Eszter Vanky, Professor, Institutt for klinisk og molekylær medisin ved NTNU
	<b>Astellas Pharma</b> Nye norske retningslinjer innen VMS behandling og erfaringer	Inger Øverlie, Daglig leder, Spesialist i gynekologi og obstetikk, Medicus Oslo
14:45-16:00	<b>Frie foredrag gynekologi og obstetikk</b>	
	A29 Tidstrend for forekomst av dødfødsel blant gravide med diabetes type 1 i Norge fra 1999 til 2022	T Tingleff
	A30 Nedgangen i forekomst av svangerskapsforgiftning kan tilskrives nedgang i forekomst til termin	C Haavaldsen
	A31 Rotasjon av fosterhodet undersøkt med ultralyd hos afrikanske kvinner	T Eggebø
	A32 Obstetric anal sphincter injuries in nulliparous women with spontaneous vaginal delivery: A 21-year observational study based on real-world data	K Fodstad
	A33 Fostervekst i første trimester i svangerskap etter assistert befruktning	EB Seljeflot
	A34 Botoxinjeksjon for overaktiv blære – erfaring fra de første ni års bruk	SS Myhr
	A35 Bør kvinner med endometriose identifiseres som høyrisikogravide	M Johansen
16:00-16:30	<b>Avslutning og prisutdeling</b>	
16:45	<b>Bussavgang til Gardermoen</b>	

# Lunsjsymposium

Fredag 25. oktober kl. 13.40–14.25

## Nye norske retningslinjer innen VMS behandling og erfaringer

**Foredragsholder: Dr. Inger Øverlie**

Spesialist i Gynekologi og Obstetrikk

Daglig leder, Medicus Oslo

---

Astellas Pharma har gleden av å invitere til lunsjsymposium i forbindelse med årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening på Lillehammer. Du er også velkommen til å besøke standen vår, for informasjon og materiell om vasomotoriske symptomer assosiert med menopause.

**Velkommen  
til vår stand**

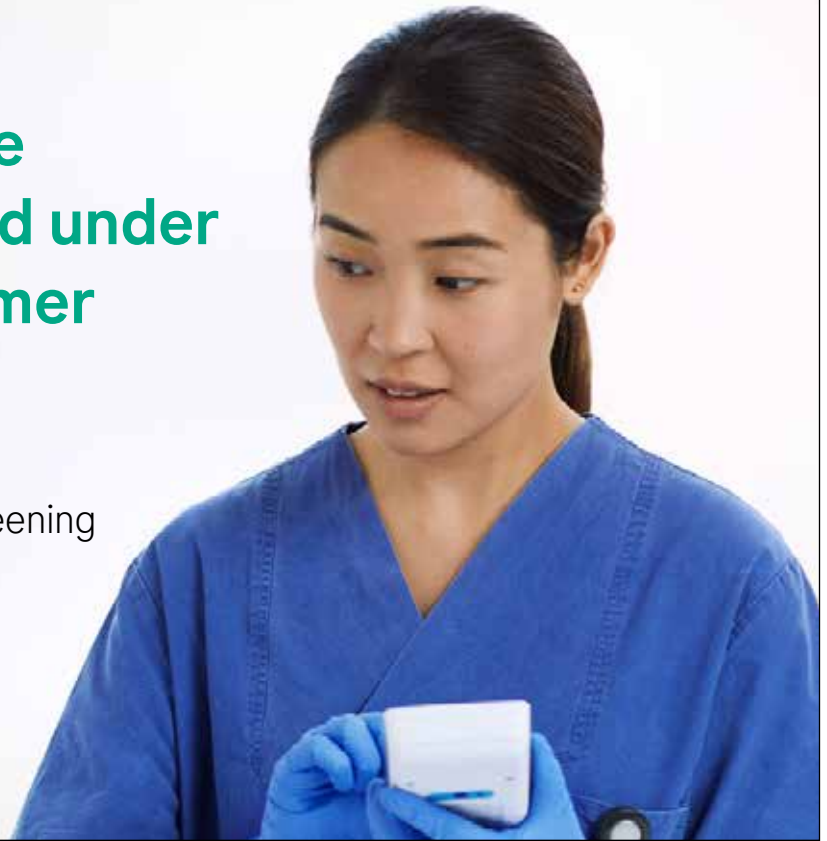




## Velkommen til Roche Diagnostics sin stand under NGF 2024, Lillehammer for en prat om:

- AMH ved PCOS
- Preeklampsi, 2./3. trimester screening

Roche Diagnostics Norge AS,  
Brynsengfare 6B, 0667 Oslo



**NFOG Congress**  
**Uppsala August 24-27 2025**

Visit [www.nfog2025.se](http://www.nfog2025.se)



**Nordic Federation of Societies of  
Obstetrics and Gynecology**



**UPPSALA  
UNIVERSITET**



# Kjære FUGO-folk!



**Mina Eskeland**  
FUGO-leder

Nå er det endelig snart tid for årets store begivenhet, nemlig NGFs årsmøte! Vi gleder oss til å se så mange som mulig av dere på Lillehammer. Spesielt håper vi at dere deltar på vårt eget FUGO-kurs og FUGO-formøte, begge deler onsdag 23.10.

Kurset er primært for LIS og tar i år for seg det høyaktuelle temaet den endrede fødepopulasjonen. Det er egen påmelding til kurset via Legeforeningens kursside.

Etter kurset, fra kl 1730 til 19, arrangerer vi FUGO-formøte. Formøtet består først av generalforsamlingen der vi går gjennom de formelle sidene av foreningen vår og velger nytt styre. Her er det mulig å stille til valg direkte, men vi vil gjerne at dere som er interessert i et styreverv kontakter valgkomiteen på forhånd ([oystein.bergoy@gmail.com](mailto:oystein.bergoy@gmail.com)). Det anbefales på det sterkeste å bli med i FUGO-styret, det er både veldig gøy og veldig lærerikt.

Etter generalforsamlingen er vi så heldige at vi har fått med oss podkastdronning Liv Ellingsen og NGF-leder Solveig Bjellmo som skal ha en podkast-lignende samtale for oss om seteleie. Liv Ellingsen står bak «Kvinnehelsepodden» som helt sikkert mange av dere kjenner til. Spesielt episoden om setefødsel vet vi er mye brukt i den kliniske hverdagen når vi snakker med pasienter om nettopp dette temaet. Solveig Bjellmo har doktorgrad i seteleie og er selv mor til to setebarn. Vi gleder oss stort til å høre samtalen deres på formøtet vårt. Det blir garantert lærerikt og inspirerende, og er noe du absolutt ikke bør gå glipp av.

I år har FUGO, i samarbeid med NGF, for første gang fått mulighet til å dele ut stipend til 10 LIS som skal på årsmøtet for første gang. Dette er et stort skritt i arbeidet vårt for at flere LIS skal få være med på møtet, både for å få faglig, men også sosialt påfyll. I tillegg får LIS som deltar på FUGO-kurset reisen dekket via Legeforeningens Utdanningsfond 3.

Vi er ellers i full gang med å analysere svarene deres fra spørreskjemaet til Utdanningsprisen, tusen takk til alle dere som har svart! Vinneren av Utdanningsprisen 2024 avsløres på årsmøtet, mens dere kan lese om hva vi LIS samlet sett synes om utdanningen vår i neste nummer av Gynekologen.

Ønsker dere alle en fin høst og et godt årsmøte!

## 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.

Leder fra Spesialitetskomiteen

# Den gynekologiske anamnesen



**Nora Johansen**

Leder av Spesialitetskomiteen

Sommeren er over, og når dette kommer på trykk er høsten allerede godt i gang. Mens de store avdelingene oftest ansetter LiS med en viss erfaring i faget, har LiS som begynner ved de mindre avdelingene sjeldent noen særlig fartstid. Som ny LiS i faget er det lurt å få gode vaner fra start, og en av de viktigste er å ta opp en god anamnese.

Som medisinerstudent i Bergen hadde jeg gyn-praksis i Hauge-sund, hvor de hadde organisert en studentpoliklinikk. Pasienter med enkle problemstillinger kunne smette forbi den vanlige ventelista mot at de ble undersøkt av en student under veiledning av en overlege. «Min» pasient var en kvinne i 70-åra som kom for ring-kontroll. Akkurat da jeg skulle til å undersøke fikk overlegen en telefon og gikk ut av rommet. Sykepleieren oppmuntret meg til å fortsette aldeles på egenhånd. Ringen ble tatt ut, vasket og satt inn, og pasienten sa det kjentes bra. Jeg ble forbausa og mektig imponert over egen prestasjon. Overlegen som dukket opp igjen, sykepleieren og pasienten virket mer avmålte, de syntes nok det hele gikk som forventet. Ekstasen jeg følte ble ikke mindre av den grunn, og det er kanskje grunnen til at jeg husker arket som jeg fikk av overlegen før undersøkelsen. Det var en detaljert oversikt over gynekologisk anamnese, og jeg skulle spørre om alt. Jeg har mistet arket jeg fikk i 2004, men det var omtrent dette:

## Gynekologisk anamnese

**Gravida** (antall graviditeter)

**Para** (antall fødsler med årstall, forløsningsmetode og ev. komplikasjoner)

**Menarke** (alder ved første menstruasjon)

**Menstruasjon** (regelmessig ja/nei, sykluslengde, blødningslengde og -mengde, ev. smerter, dato for første dag i siste menstruasjon)

**Seksuell anamnese** (seksuelt aktiv?, seksuell orientering/praksis,

seksuelt overførbare sykdommer?, postkoitale blødninger?, dyspareuni?, libido?, overgrep?)

**Prevensjon** (før og nå)

**Gynekologiske sykdommer/tilstander** (endometriose/adenomyose, kreft, infertilitet eller annet)

**Livmorhalscreening** (fulgt screeningprogrammet?, normale prøver?, sist livmorhalsstest)

**Bekkeninfeksjoner** (andre enn SOS, komplikasjoner?)

**Gynekologiske operasjoner**

**Menopause** (alder ved siste mens, bruk av menopausal hormonterapi (MHT), blødning?)

**Mammografiscreening** (fulgt screening?, normale kontroller?)

**Arv** (oppnopning av bryst eller underlivskreft i slekt?, slektsrelasjon og alder ved diagnose)

Rekkefølgen er et forslag. Ofte er grunnen til konsultasjonen at det er et eller annet problem med noe av det som er listet opp i boksen over, og da hører det til under Aktuelt. Før man begynner å beskrive det aktuelle er det en god regel å skrive hvorfor pasienten er der (akutt/elektiv henvisning eller planlagt kontroll).

En LiS som er helt i starten av spesialiseringsløpet bør ha lengre tid på polikliniske konsultasjoner enn mer erfarne LiS. Dette er en god anledning til å øve på gynekologisk anamnese. Man kan si: «Jeg er ganske ny, og er blitt bedt om å få en grundig oversikt over det som har med fødsler og det gynekologiske å gjøre, så nå kommer jeg til å stille deg en del spørsmål. Er det greit for deg?». De aller, aller fleste pasienter setter stor pris på å kunne fortelle detaljert om det vi spør om. Lykke til!

Jeg vil også minne Forbildeprisen. Prisen deles ut av spesialitetskomiteen under årsmøtet i Lillehammer, og gis til en kollega som på forbilledlig vis inspirerer LiS til å lære mer. Forbildet kan være ung, gammel, trenger ikke forske og trenger heller ikke å kunne alle læringsmål på rams. Det viktigste er at han eller hun på sin måte bidrar til å øke LiSenes engasjement for faget. Nominasjoner bes sendes til [r\\_enate@hotmail.com](mailto:r_enate@hotmail.com) innen 10. oktober.

Vi sees i Lillehammer!

# Xonvea® 10mg/10mg

doksylamin/pyridoksin

**Nyhet!**  
40-pakning

- Individtilpasset dosering for laveste effektive dose<sup>1</sup>
- 2,6 tabletter er gjennomsnittlig daglig dose i klinisk studie<sup>2</sup>
- Ny større pakning til lavere pris per tablett



Reseptbelagt legemiddel

## Spesifikt fremstilt for behandling av svangerskapskvalme<sup>1</sup>

**Xonvea (doksylamin og pyridoksin), enterotablett 10 mg/10 mg. Indikasjoner:** For behandling av svangerskapskvalme og -oppkast (NVP) hos gravide kvinner  $\geq 18$  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

# Optimising outcomes for mothers and newborns with point-of-care GBS testing

- The Department of Clinical Microbiology at Herlev and Gentofte Hospital is responsible for the majority of infectious disease testing in the northern part of the capital region of Denmark. Increased testing demands during the COVID-19 pandemic led to the laboratory enhancing its capacity and decentralising a significant portion of communicable disease screening to hospital wards.
- More recently, the department has introduced a 4-module GeneXpert® system onto the maternity ward for point-of-care (POC) intrapartum Group B *Streptococcus* (GBS) screening. The easy-to-use Xpert® **Xpress** GBS test enables ward staff to generate fast results, regardless of laboratory opening hours. This offers significant benefits over traditional culture-based testing methods, which could take up to 48 hours to generate results.
- As a result, the hospital is now able to screen all pregnant women with risk factors for GBS, and administer targeted antibiotic treatments based on testing outcomes.

## Introduction

Over the last 20 years, diagnostic tools have evolved to include an increasing number of POC tests that can be conducted at or near to the patient's bedside, with the aim of providing rapid information to improve the management and outcomes of infectious diseases.<sup>1,2</sup> The availability and use of POC testing have now expanded to include all fields of medicine, including intrapartum screening for infectious diseases like GBS, a gram-positive bacterium found in the gut and genital tract of approximately one in five women.

While GBS infection normally goes unnoticed, up to a third of infected women pass the bacteria on to their babies during pregnancy and labour, putting newborns at risk for infections like sepsis, pneumonia and meningitis.<sup>3,4</sup> Screening tests – conducted between 27 and 35 weeks of gestation – can detect the bacterium in vaginal or rectal swabs,<sup>5</sup> but are not routinely carried out in many countries, due to the limited accuracy and long turnaround times for traditional culture-based approaches.<sup>6</sup> Instead, all women with clinical risk factors for early neonatal infection are offered intrapartum antibiotic prophylaxis to prevent early-onset neonatal disease.<sup>5</sup> Luckily, the introduction of intrapartum POC testing now offers a fast, sensitive and specific method to determine the colonisation status of high-risk pregnant women, reducing needless antibiotic exposure and enabling targeted treatment in a timely fashion.

## Accurate and reliable diagnostics at the patient bedside

The Department of Clinical Microbiology at Herlev and Gentofte Hospital handles over a million patient samples each year. Following a significant increase in demand during the COVID-19 pandemic, the facility increased its testing capacities, employing 40 % more laboratory staff and purchasing new and more efficient equipment, including the GeneXpert system from Cepheid.



## Hospital profile

Herlev and Gentofte Hospital is one of Denmark's largest acute care hospitals. The individual hospital buildings in Gentofte and Herlev were built in 1927 and 1976, respectively, and became a single organisation at two separate sites in 2015. Its Department of Clinical Microbiology, located in Herlev, manages numerous clinical samples from a population of about 770,000 people, including both patients admitted onto the wards and those in primary care.



**It was vital that we implemented an easy-to-use POC testing system, so that the ward staff could generate results in the delivery room. We had already used the GeneXpert system in our lab, and therefore knew that it was accessible. The nurses learned to use the system very quickly."**



This fast molecular testing instrument replaced lengthy culture-based testing methods to enable fully automated detection of a variety of bacterial infections in patient samples.

More recently, the laboratory installed a GeneXpert system in its delivery suite for near-patient GBS diagnostics, providing a cost-effective way for nurses to triage pregnant women. With ongoing training and support from the Department of Clinical Microbiology, ward staff quickly learned how to use the basic functions of this accessible POC technology, and can now run up to four samples at once, quickly and efficiently generating PCR results to direct clinical decision making. The Xpert **Xpress** GBS test enables clinicians to determine if a patient is positive for GBS in about 50 minutes, even outside of hospital lab opening hours.



**We know that we can trust the results generated by the GeneXpert system, because we have access to in-depth statistics to evaluate the accuracy and reliability of the instrument, and we can troubleshoot results if necessary. This was one of our priorities when choosing the GeneXpert system over other POC equipment.”**

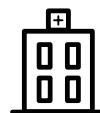
**Frederik Emil Mandix, Molecular Biologist at the Department of Clinical Microbiology, Herlev and Gentofte Hospital**

## Positive outcomes for pregnancy and beyond

The expansion of laboratory testing into the delivery room has significantly streamlined the GBS screening process, enabling trained personnel to collect and run samples at the patient's bedside, without relying on sample transport, laboratory processing times or inefficient culture-based assays. In the case of a negative test, the rapid results generated by the GeneXpert system can shorten hospital stays by one day for first-time mothers, and up to two days in subsequent pregnancies. This saves the hospital up to 1.8 million Danish Krone each year, by freeing up hospital beds and reducing excessive antibiotic use. On the other hand, pregnant women testing positive can now receive quick treatment in the form of an effective antibiotic regime. As a result, POC testing in the maternity unit can provide benefits to mothers, newborns and the hospital itself.

\*data provided by Herlev and Gentofte hospital.

## KEY FACTS:



One hospital at **two** locations



**140,000**  
acute arrivals  
per year



**940,000**  
outpatient contacts  
each year



**860**  
beds



**5,600**  
babies delivered  
annually

## References

- 1) Clerc, O. and Greub, G. 2010. Routine use of point-of-care tests: Usefulness and application in Clinical Microbiology. *Clinical Microbiology and Infection*, 16(8):1054-1061. doi:10.1111/j.1469-0691.2010.03281.x.
- 2) Jalavu, T.P., Rensburg, M. and Erasmus, R. 2020. Clinical staff knowledge and awareness of point-of-care-testing best practices at Tygerberg Hospital, South Africa. *African Journal of Laboratory Medicine*, 9(1). doi:10.4102/ajlm.v9i1.853.
- 3) Daniels, J.P. et al. 2022. Rapid intrapartum test for Maternal Group B streptococcal colonisation and its effect on antibiotic use in labouring women with risk factors for early-onset neonatal infection (GBS2): Cluster randomised trial with nested Test Accuracy Study. *BMC Medicine*, 20(1). doi:10.1186/s12916-021-02202-2.
- 4) *Group B streptococcus (GBS) in pregnancy and newborn babies*. 2017. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Available at: <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/group-b-streptococcus-gbs-in-pregnancy-and-newborn-babies/> (Accessed: 25 May 2023).
- 5) Clerc, O. and Greub, G. 2010. Routine use of point-of-care tests: Usefulness and application in Clinical Microbiology. *Clinical Microbiology and Infection*, 16(8):1054-1061. doi:10.1111/j.1469-0691.2010.03281.x.
- 6) Rosa-Fraile, M. and Spellerberg, B. 2017. Reliable detection of group B streptococcus in the clinical laboratory. *Journal of Clinical Microbiology*, 55(9):2590-2598. doi:10.1128/jcm.00582-17.

In Vitro Diagnostic Medical Device

Not available in all countries.

### EUROPEAN HEADQUARTERS

Vira Solelh  
81470 Maurens-Scopont France

PHONE +33.563.82.53.00  
FAX +33.563.82.53.01

EMAIL [cepheid@cepheideurope.fr](mailto:cepheid@cepheideurope.fr)

### CEPHEID UK LTD.

Oakley Court, Kingsmead  
Business Park, Frederick Place,  
High Wycombe, HP11 1JU

PHONE 44 (0) 1628 564 000

EMAIL [salesuk@cepheid.com](mailto:salesuk@cepheid.com)

[www.Cepheidinternational.com](http://www.Cepheidinternational.com)

**Cepheid.**  
A better way.

# Årsrapport 2023

## Norsk Gynekologisk Forening

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

Redaktør av Gynekologen: Tale Meinich

Nettredaktør: Inga Vengen

### Styremøte:

Det vart halde fem styremøte i 2022: Digitalt 8/2, Bergen 11/5, Trondheim 28/8 (i samband med NFOG), Haugesund (i samband med årsmøtet) 25/10 og Ålesund 22/11 (overgangsmøte). Redaktør for Gynekologen og nettredaktør har teke del under alle møta. I løpet av 2023 behandla styret 17 nye saker.

### Høyringar:

Styret fekk tilsendt 64 høyringar i 2022. Av desse vart fire vurdert som relevante og besvart. Mellom anna gav styret eit grundig høyringssvar som innspel til Kvinnehelseutvalet sin NOU.

### NGF sine faglege rettleiarar:

I 2022 vart arbeidet med omlegging til guidelinemøte etter dansk modell starta, i tråd med generalforsamlinga sitt vedtak av 2021. Fyrste guidelinemøte i gynekologi vart halde i Bergen i 2023 og vart svært godt evaluert. Erfaringane frå dette møtet vart brukt

vidare i arbeidet med omlegging til guidelinemøte.

### NGF-representantar nasjonalt og internasjonalt:

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

HDIR: Ragnar Kvie Sande (Referansegruppe Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen)  
Legeforeningen: Kirsten Hald (faglandsrådet)

### Media:

Styret har besvart spørsmål frå media, men har også aktivt gått ut i media for å profilere faget og korrigere feilinformasjon, mellom anna i Dagens Næringsliv.

### Årsmøtet:

Årsmøtet vart halde i Haugesund 25.-27, oktober og vart godt besøkt, særleg med tanke på NFOG sitt biannuale i Trondheim berre to månader tidlegare. Fagleg og sosialt høgt nivå. Referat frå årsmøtet og generalforsamlinga fins i Gynekologen nr. 4 2023

### Resultatregnskap

	Noter	Regnskap 2023	Regnskap 2022
<b>Driftsinntekter</b>			
Kontingenter		1 471 302	1 390 352
Tilskudd		8 605	0
Annonser	2	479 500	637 500
Kursinntekter		367 272	450 893
Andre inntekter		0	949 000
Kursoppgjør fra andre kursarrangører	3	1 989 118	923 017
<b>Sum driftsinntekter</b>		<b>4 315 797</b>	<b>4 350 762</b>
<b>Driftskostnader</b>			
Produksjonskostnader tidsskrift		568 071	882 736
Personalkostnader	4	79 388	134 585
Småanskaffelser/service/leiekostnader		140	8 695
Fremmedtjenester	5	550 757	826 928
Kontorkostnader		928	3 103
Reise/møte og kursarrangement		463 093	639 016
Tilskudd og bidrag		11 834	25 221
Andre driftskostnader		679 799	387 837
Kostnader fra andre kursarrangører		1 709 857	1 641 854
<b>Sum driftskostnader</b>		<b>4 063 867</b>	<b>4 549 974</b>
<b>Driftsresultat</b>		<b>251 930</b>	<b>-199 212</b>
<b>Finansposter</b>			
Finansinntekter		176 253	22 341
Finanskostnader		3 147	61 935
<b>Sum finansposter</b>		<b>173 106</b>	<b>-39 593</b>
<b>Resultat</b>		<b>425 036</b>	<b>-159 618</b>
<b>Overføringer</b>			
Overført til/(fra) annen egenkapital		425 036	-159 618
<b>Sum overføringer</b>		<b>425 036</b>	<b>-159 618</b>

### Balanse

	31. desember 2023	31. desember 2022
<b>Eiendeler</b>		
<b>Omløpsmidler</b>		
<b>Aksjer og fond</b>	1 708 471	1 575 900
<b>Fordringer</b>		
Kundefordringer	452 681	0
<b>Sum fordringer</b>	<b>452 681</b>	<b>0</b>
<b>Bankinnskudd</b>	<b>2 383 495</b>	<b>2 866 921</b>
<b>Sum omløpsmidler</b>	<b>2 836 176</b>	<b>2 866 921</b>
<b>Sum eiendeler</b>	<b>4 544 648</b>	<b>4 442 821</b>
<b>Egenkapital og gjeld</b>		
<b>Egenkapital</b>		
Annen egenkapital	4 087 662	3 662 626
<b>Sum annen egenkapital</b>	<b>4 087 662</b>	<b>3 662 626</b>
<b>Gjeld</b>		
<b>Kortsiktig gjeld</b>		
Leverandørgjeld	132 023	-50 813
Offentlige trekk og avgifter	273 701	276 315
Påløpte kostnader	51 262	163 739
Annen kortsiktig gjeld	0	390 954
<b>Sum kortsiktig gjeld</b>	<b>456 986</b>	<b>780 195</b>
<b>Sum gjeld</b>	<b>456 986</b>	<b>780 195</b>
<b>Sum formålskapital og gjeld</b>	<b>4 544 648</b>	<b>4 442 821</b>

Oslo, 15.05.2024

Solveig Bjellmo Styreleder	Kristine Amundsen Styremedlem	Ragnar Kvie Sande Styremedlem
Birgitte Sanda Styremedlem	Agneth Lund Styremedlem	Morten Kvello Styremedlem

# P-PILLER MED ESTETROL, HVORFOR?

Østrogenet estetrol gir østrogeneffektene vi ønsker i endometriet, vagina, skjelettet og kardiovaskulært<sup>1-3</sup>, men gir minimal østrogeneffekt i lever og brystvev.<sup>1-6</sup>

## Drovelis gir også:

- Forutsigbart blødningsmønster<sup>7</sup>
- Minimal påvirkning på
  - Humør<sup>7</sup>
  - Libido<sup>7</sup>

For mer informasjon fra Gedeon Richter skann QR-koden



**Referanser:** 1. Abot A, et al. *EMBO Mol Med* 2014 oct 6: 1328–1346. 2. Arnal JF, et al. *Physiol Rev* 2017 Jul 1;97(3):1045-1087. 3. Coelingh-Bennink HJ, et al. *J Reproduktionsmed Endokrinol* Online 2015; 12 (4). 4. Giretti MS, et al. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2014; 5:80. 5. Gérard et al. *J Endocrinol* 2015 Jan;224(1):85-95. 6. Singer CF, et al. *Carcinogenesis* 2014. Nov;35(11):2447-51. 7. Gemzell-Danielsson K, et al. *BJOG*. 2022 Jan;129(1):63-71.

## ▼ Drovelis (estetrol, drospirenon)

**Antikonsepsjonsmiddel.** ATC-nr.: G03A A18. Utleveringsgruppe C. Reseptbelagt legemiddel. **TABLETTER, filmdrasjerte 3 mg/14,2 mg.** **Indikasjoner:** Oral antikonsepsjon. Beslutning om forskrivning bør ta hensyn til den enkelte kvinnes nåværende risikofaktorer, særlig de for venøs tromboembolisme (VTE), og hvordan risikoen for VTE med Drovelis er sammenlignet med andre kombinerte hormonelle antikonseptiva (CHC). **Dosering:** Tablett 1-24 er aktive (rosa), tablett 25-28 er placebo (hvite). Begynn på menstruasjonsblødningsens 1. dag og fortsett med 1 tablett hver dag i 28 dager (som vist på pillebrettet). Gå direkte over til nytt brett uten opphold. **Ved overgang/bytte fra annen prevensjon:** Se pakningsvedlegg/SPC. **Etter abort i 1. trimester:** Behandling kan starte umiddelbart. **Etter fødsel eller abort i 2. trimester:** Det anbefales å begynne mellom dag 21 og 28 etter fødsel eller abort i 2. trimester. **Utsettelse av menstruasjonen:** Menstruasjonen kan utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de hvite placebotablettene. For mer informasjon om endring/utsettelse av menstruasjon, se pakningsvedlegg/SPC. **Glemte tabletter/Gastrointestinale forstyrrelser:** Hvis tablett tas  $\geq 24$  timer for sent, eller ved oppkast og diaré innen 3-4 timer etter tablettinntak, kan prevensjonseffekten være redusert og forholdsregler anbefalt ved glemte tablett bør følges, se pakningsvedlegg/SPC. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Kontraindisert ved alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. **Nedsatt nyrefunksjon:** Kontraindisert ved alvorlig nyresvikt. **Barn og ungdom <16 år:** Er kun indisert etter 1. menstruasjonsblødning. **Administrering:** Tas hver dag rundt samme tid, ev. sammen med litt væske. **Kontraindikasjoner:** Behandling skal seponeres straks hvis noen av følgende tilstander oppstår for første gang. **Tilstedeværelse av eller risiko for venøs tromboembolisme (VTE):** Nåværende (på antikoagulanter) eller tidligere (f.eks. dyp venetrombose eller lungeemboli) VTE, kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for VTE, f.eks. APC-resistens (inkl. faktor V Leiden), antitrombin III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, større kirurgisk inngrep med forlenget immobilisering; høy risiko for VTE pga. tilstedeværelse av flere risikofaktorer. **Tilstedeværelse av eller risiko for arteriell tromboembolisme (ATE):** Nåværende/tidligere ATE (f.eks. hjerteinfarkt) eller prodromal tilstand (f.eks. angina pectoris); cerebrovaskulær sykdom - nåværende/tidligere slag eller prodromal tilstand (f.eks. TIA), kjent arvelig eller ervervet predisposisjon for ATE, f.eks. hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer, tidligere migræne med fokale neurologiske symptomer; høy risiko for ATE pga. flere risikofaktorer eller pga. tilstedeværelse av 1 alvorlig risikofaktor som: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Nåværende/tidligere alvorlig leversykdom, så lenge leverfunksjonsverdiene ikke normaliseres. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller akutt nyresvikt. Nåværende/tidligere levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligniteter som påvirkes av kjønnshormoner, f.eks. i genitalier eller bryst. Udiagnostisert vaginal blødning. Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling startes må en komplett medisinsk historikk innhentes og graviditet utelukkes. Blodtrykket bør måles, og en fysisk undersøkelse utføres mht. kontraindikasjoner og advarsler. Kvinnen må gjøre oppmerksom på informasjonen om VTE og ATE, inkl. risiko ved Drovelis sammenlignet med andre CHC, symptomer på VTE og ATE, kjente risikofaktorer og tiltak ved mistanke om trombose. Kvinnen bør oppfordres til å lese pakningsvedlegget grundig og følge rådene som gis. Hyppighet av senere undersøkelser bør baseres på etablert praksis og tilpasses individuelt. Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Det må sikres at kvinnen forstår VTE-risikoen, hvordan den påvirkes av nåværende risikofaktorer og at den er høyest 1. året. Bruk kan være forbundet med økt risiko for ATE (hjerteinfarkt) eller cerebrovaskulære hendelser (f.eks. TIA, slag), som kan være dødelige. Risikoen for komplikasjoner ved ATE eller en cerebrovaskulær hendelse øker ved tillegg av risikofaktorer. Noe økt risiko for brystkreft hos kvinner som bruker CHC med etinyløstradiol er sett. Økt ALAT er sett når kombinasjonsbehandling mot hepatitt C-virus er gitt samtidig med CHC med etinyløstradiol. Dette er ikke vist ved bruk av andre østrogener, men forsiktighet bør likevel utvises ved samtidig bruk. Drospirenon er en aldosteronantagonist med kaliumsparende egenskaper. Økte kaliumnivåer forventes ikke, men ved nedsatt nyrefunksjon og serumkalium i øvre referanseområde før behandlingsstart, anbefales det å sjekke serumkalium i løpet av 1. behandlingssyklus, spesielt ved samtidig bruk av kaliumsparende midler. Kvinner med hypertriglyseridemi eller en familiehistorikk med dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, gallestein, porfyri, SLE, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis og otoskleroserelatert hørselstap er sett, eller forverring av dette. Ved arvelig angioødem kan eksogene østrogener indukere eller forverre symptomer på angioødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser i leverfunksjonen, kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markørene for leverfunksjonen normaliseres. Preparatet kan endre perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og kvinner med diabetes skal observeres nøye spesielt i startfasen. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom og ulcerosa kolitt er sett ved bruk av CHC. Depresjon er en risikofaktor for selvmordsrelatert atferd og selvmord. Kvinner skal rådes til å kontakte lege ved humørendringer og depressive symptomer, inkl. kort tid etter behandlingsoppstart. Kloasma kan oppstå, spesielt hos kvinner med graviditetskloasma i anamnesen. Kvinner med tendens til kloasma skal unngå eksponering for sol eller ultrafiolette stråler. Uregelmessig blødning kan oppstå, spesielt de første månedene med bruk. Hvis blødningsforstyrrelser vedvarer eller oppstår etter tidligere regelmessige sykluser, må ikke-hormonelle årsaker vurderes. Se SPC for ytterligere informasjon. Bruk av prevensjonssteroider kan påvirke resultatene av visse laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre på lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjon, plasmanivået av transportproteiner, parametre på karbohydratmetabolisme og parametre på koagulasjon og fibrinolyse. Drospirenon forårsaker en endring i plasmareninaktivitet og plasmaaldosteron fremkalt av mild antimineralokortikoid aktivitet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse på felleskatalogen.no. Se også preparatomtalen for legemidler som skal gis samtidig. Bruk sammen med enzyminduserende legemidler kan gi gjennombruddsblødninger og/eller nedsatt prevensjonseffekt. Ved korttidsbehandling med enzyminduserende legemidler bør en barrieremetode eller annen prevensjon benyttes i tillegg under behandling og i 28 dager etter seponering. Ved langtidsbehandling med enzyminduserende legemidler bør annen ikke-hormonell prevensjon benyttes. **Graviditet og amning:** Seponeres hvis graviditet oppstår. Bør ikke brukes under amning. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er stemningsslidelse og -forstyrrelse, libidoforstyrrelse, hodepine, magesmerter, kvalme, akne, brystsmerte, metroragi, vaginal blødning, dysmenoré, menoragi, og vektfluktusjon. **Overdosering:** Det er så langt ingen erfaring med overdosering av Drovelis. **Pakninger, priser og refusjon (pr. 01.02.2022):** 3 x 28 stk, kr. 350,60 (priser angitt som AUP). **Refusjon:** Refusjonsvedtak påværes. Blå resept: Nei. Byttbar: Nei. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 22.04.2022. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21.1103 Budapest, Ungarn. **Kontakt (repr.):** Gedeon Richter Nordics AB, Barnhusgatan 22, 5tr, 111 23 Stockholm, Sverige, Telefon: 00 47 21 03 33 90, E-post: medinfo.no@gedeonrichter.eu **Les felleskatalogtekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon, se www.felleskatalogen.no. Sist endret:** 19.06.2024



GEDEON RICHTER

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



# Årsrapport 2023

## FUGO

### Generelt

Det blei avhaldt 5 styremøter kvarav eitt var digitalt. Det blei også gjort eit val av innstilling til Lis-vara til spesialistkomiteen over epost. Referater frå styremøtene er publiserte på nettsidene våre. Leiar eller nestleiar har delteke på møter i Fuxx-forumet. Dette er digitale møter i eit forum der ulike foreningar for utdanningskandidatar (Fuxxar) utveksler idear og løysingar til felles problem. Blant anna har det vore interesse frå våre systerorganisasjonar om korleis me organiserer våre kurs, våre kampanjar og korleis me når ut til medlemmane våre. Ein har fortsatt inntrykk av at FUGO held eit høgt nivå når det gjeld arrangement, tilgang og forhold til moderorganisasjonen, og i kva grad medlemmene kjenner til arbeidet til styret. På Faglandsrådet til Legeforeningen 4. og 5. mai deltok Øystein Bergøy på vegne av styret. I spesialitetskomiteen er Magnus Hagland frå SUS valgt inn som ny LIS-vara. Valkomiteen for FUGO bestod av Ann Cecilie Vaadal og Catrine Størksen. FUGO si webside har blitt drifta av styremedlem Sukhjeet Bains. Me har også ei velfungerande Facebook-gruppe med mykje aktivitet.

### Generalforsamling

Generalforsamlinga blei arrangert 25. oktober på Quality Hotel Maritim i Haugesund. Referat er publisert på FUGO sine nettsider. Før møtet haldt Tiril Tingleff eit føredrag om erfaringar frå og utfordringar i livet som lege i spesialisering.

### Økonomi

FUGO sitt arbeid finansierast av NGF med ein post på 120.000 kr i NGF sitt budsjett. Dette skal dekke styremøter og anna relevant aktivitet i inn- og utland.

### ENTOG

ENTOG-utvekslinga i 2023 gjekk til Storbritannia 18.-22. september. Den blei avslutta med ein dag i Birmingham med generalforsamling for ENTOG. Frå Norge utveksla Margrete Unelsrød Larsen frå Førde og Kristiane Tislevoid Eide frå Haukeland. Eit reisebrev frå utvekslarane blei publisert i Gynekologen nr. 1 2024.

### NFYOG

FUGO er medlem av NFYOG, som er ein paraplyorganisasjon for lis-organisasjonar i obstetikk og gynekologi i alle dei nordiske land, og ligg under NFOG. I samband med NFOG-konferansen i Trondheim i August arrangerte FUGO på vegne av NFYOG ein workshop med trening på sfinktersuturering i tillegg til eit sosialt opplegg for påmeldte lis. Det blei også arrangert eit webinar som var tilgjengeleg opent for alle i mars med temaet kvinneleg kjønnslemlesting. NFYOG hadde to stadlege og to digitale møter der FUGO var representert med minst eitt styremedlem i alle møtene.

### «Trygge hender»-kampanjen

Kampanjen blei avslutta under middagen på årsmøtet til NGF i 2023. Tilbakemeldingane på kampanjen har vore svært gode. Det meste av arbeidet har blitt gjort av arbeidsgruppa til kampanjen under leiinga av styremedlem Aslak Vimme Solhoff.

### FUGO-kurset

FUGO-kurset blei arrangert som vanleg dagen før NGF sitt årsmøte. Temaet var urogynekologi. Kurset var som i dei fleste år fullt påmeldt med venteliste. Dette er eit viktig tiltak for at LIS skal kunna delta på årsmøtet ettersom reise og deler av opphaldet då dekkast gjennom utdanningsfond III.

### Utdanningsprisen 2023

Utdanningsprisen er ei vidareføring av eit arbeid som spesialitetskomiteen gjorde før me overtok ansvaret. I ein spørjeundersøking sendt ut til alle LIS blei medlemmane våre sine opplevingar av utdanninga ved si avdeling evaluert. Funna blei publisert i Gynekologen nr. 4 2023. Dette er obligatorisk lesing for avdelingsleiarar og andre med utdanningsansvar. Vinnaren i år var Sjukehuset Innlandet Gjøvik.

### Ymse

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





## 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 sporingssystem

# Årsrapport 2023

## Referansegruppa for fødselsovervåking

### Mandat:

Være pådriver for kvalitetssikring og kunnskapsformidling i fosterovervåkning (CTG, STAN, skalpblodprøver) for leger og jordmødre.

Bidra til kollegial læring mht. bruk av fosterovervåkning før og under fødsel. Dette innebærer at kollegaer kan sende registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og tilbakemelding. Gruppen er ikke et sakkyndig organ, som betyr at vurderinger og tilbakemeldinger ikke skal brukes som en del av pasientens journal.

Gruppen er også ansvarlig for planlegging av det årlige, nasjonale erfaringsmøtet i fosterovervåkning som avholdes for jordmødre og leger. Gruppen planlegger disse møtene i samarbeid med den lokale gruppen på vertssykehuset.

Medlemmer fra gruppen har et hovedansvar for veilederkapitler relatert til fosterovervåkning.

### Gruppens sammensetning

Jørg Kessler, seksjonsoverlege, PhD, Haukeland universitetssykehus (leder)

Johanne Kolvik Iversen, overlege, PhD, OUS Ullevål

Heidi Overrein, overlege, OUS Ullevål

Tiril Tingleff, overlege, Haukeland universitetssykehus

Lillian Leirvik, jordmor, Akershus universitetssykehus, NSF

Anne Kristin Stavenes, jordmor, Haukeland universitetssykehus, DNJ

### 1. Nasjonalt erfaringsmøte

Nasjonalt erfaringsmøte i 2023 ble avholdt i Stavanger med over 100 deltagere fra hele landet. Mikko Tarvonen, jordmor fra Finland var invitert foredragsholder og snakket om betydning av økt variabilitet. Deltakerne fra sykehus i hele Norge presenterte lærerike kasper med god påfølgende diskusjon.

Branka M. Yli gikk av som leder og ble takket av referansegruppen for sin utrettelige innsats i kunnskapsformidling om fosterovervåkning til leger og jordmødre i hele landet, helt siden referansegruppen ble opprettet.

Neste erfaringsmøte vil finne sted i Bergen.

### 2. Møter

Gruppen har i 2023 avholdt et møte i september.

Helse Sør-Øst har begynt arbeidet med utvikling av kompetanseplaner i læringsportalen, også for jordmødre. Opplæring i fosterovervåkning skal bli en del av innholdet i disse planene. Tiril Tingleff og Lillian Leirvik orienterte om dette arbeidet. Referansegruppen vil ha et faglig ansvar i dette. Det er tenkt at denne kompetanseplanen kan utvikles til en nasjonal læringsplattform med mulighet for test og re-test.

Referansegruppen har over flere år fått henvendelser med ønske om kurs for jordmødre og leger for oppfriskning av kunnskap i fosterovervåkning. Vi planlegger å avholde slike kurs i fremtiden knyttet til Nasjonalt erfaringsmøte.

### 3. Kurs i fosterovervåking

Kurset i Fosterovervåking for LIS ble i 2023 utvidet til 3 dager. Det var på høy tid at dette emnet nå har fått status som anbefalt kurs i spesialistutdanningen.

Temaer det undervises i:

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

Kurset inkluderer også kasesjennomganger.

Det planlegges å re-etablere et oppfriskningskurs i fosterovervåking for jordmødre og leger i 2024.

*Jørg Kessler*

*Bergen, September 2024*

# Årsrapport 2023

## European Board and College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG) 2023

EBCOG er en del av nettverket av europeiske spesialistforeninger, UEMS (Union of European Medical Specialists). Det er for tiden 32 medlemsland i EBCOG og alle de nordiske landene er medlemmer. EBCOGs kjerneaktiviteter ligger innenfor utdanning, ferdighetstrening og standardisering av helsetjenester.

Norske representanter til EBCOG Council i 2023 var Yngvild Hannestad og Kirsten Hald. Det ble i 2023 avholdt 2 Council-møter i Brussel, den 20. mai og 24.-25. november.

De nordiske landenes representanter ønsker å øke Nordens innflytelse i EBCOG. Før begge Council-møtene ble det derfor avholdt web-møte mellom representantene fra Norden for å koordinere innspill og valg.

Ved møtet i november var det skifte av EBCOG-styre («Officer Board»). Professor Frank Louwen fra Tyskland var tidligere valgt som President-Elect, og tok etter dette møtet over som President etter Professor Basil Tarlatzis fra Hellas.

Det var valg på ny President-Elect der Dr Sambit Mukhopadhyay ble valgt. Ved dette valget var det to kandidater, der den andre kandidaten var professor Oscari Heikinheimo fra Finland. Professor Helle Karro fra Estonia ble valgt som ny Secretary-General, Professor Piotr Sieroszewski fra Polen ble gjenvalgt som Treasurer, og Dr. Ferry Boekhorst fra Nederland ble valgt som Executive – Western Region.

EBCOG-kongressen avholdes annethvert år. I 2023 ble den avholdt 18.-20. mai i Krakow i Polen med ca. 2000 deltagere. Den neste EBCOG-kongressen er planlagt 5.-7. juni 2025 i Frankfurt i Tyskland. Informasjon om kongresser og resten av EBCOGs aktiviteter finnes på denne nettsiden: <https://ebcog.eu/>

Oslo, 8. september 2024

*Kirsten Hald*

# Årsrapport 2023/2024 (september – september)

## Guidelines i generell gynekologi (tidligere: Veileder i gynekologi)

Medlemmer av redaksjonen:

Erik Andreas Torkildsen, Rune Svenningsen, Maria Øyasæter Nyhus, Jette Stær-Jensen (fra oktober 2023), Knut Hordnes (fra oktober 2023).

Fra oktober 2024 (etter årsmøtet) går Rune Svenningsen og Erik Andreas Torkildsen ut av redaksjon etter vel utført tjeneste, og inn kommer Jone Trovik og Hallvard Fjelltnun.

Aktiviteter:

1. Organisering av gynekologisk guidelinemøte i Bergen 25-26 januar 2024
2. Klargjøring av de nyreviderte kapitlene dialog redaksjon og hovedforfattere
3. Prioritere og velge ut nye kapitler og hovedforfattere for revisjon for møtet i januar 2025
4. Introduksjonsmøte for forfattergruppene på Teams (april)
5. Forberede gynekologisk guidelinemøte i 2024, og 2025: program, avtale med CIC og hotell, annonsering i gynekologen

og på nett

6. Lage retningslinjer og årshjul for veilederarbeidet i gynekologi (se NGFs nettside)
7. Deltatt i prosessen for å etablere Metodebok.no som fremtidens nettløsning for veilederne
8. Søkt midler fra Kvalitetsfondet for guidelinemøtene og har fått tildelinger for både 2024- og 2025-møtene
9. Søkt og fått godkjent møtene som kurs i legeforeningen

Redaksjonsmøtene har vært digitale.

Det har ikke vært utgifter til arbeidet utover Guidelinemøtet, som er behandlet i eget budsjett.

Bergen 03.09.2024

*Knut Hordnes*

Hovedredaktør i Veileder i gynekologi



# Årsrapport 2023

## Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

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

Det er viktig at det foregår en kontinuerlig revisjon av retningslinjene, og at man fortløpende reviderer enkeltkapitler. Dette for å kunne publisere nye behandlingsmuligheter i det nasjonale handlingsprogrammet når disse introduseres.

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

I 2023 gjennomførte styret 6 møter, hvorav 2 fysiske, samt at generalforsamling ble avholdt i forbindelse med Onkologisk Forum.

Av spesielt stor betydning i planleggingen av styrets arbeid er det årlige arbeidsmøtet der man diskuterer fokusområder for det inneværende året samt en mere langsiktig strategi for NFGO. Man startet i 2023 arbeidet med den nasjonale registerstudie i regi av NFGO der man gjennomgår behandling og overlevelse av ovarialcancer i de fire helseregionene.

Videre avholdt styret faggruppemøtet i forbindelse med Onkologisk Forum. Dette er et viktig nasjonalt møte som bidrar til faglig oppdatering og diskusjon blant kolleger som arbeider med

pasienter med gynekologisk kreft. Man inviterte i 2023 kolleger involvert i utarbeidelse av Handlingsprogrammet, samt representanter fra Helsedirektoratet, til et felles møte for diskusjon av utfordringer.

Fagmiljøet som arbeider utelukkende med gynekologisk kreft er lite, men de fleste gynekologiske avdelinger vil ha befattning med denne pasientgruppen.

Det er et overordnet mål for NFGO at alle avdelinger skal ha leger spesielt dedikerte til denne pasientgruppen. For å dele fagkunnskap startet man i 2023 nasjonal nettbasert undervisning, og presentasjonene legges ut på NFGO sin nettside.

Behandling av pasienter med gynekologisk kreft har de siste årene økt i kompleksitet med innføring av nye behandlingsmetoder som krever økt kunnskap hos alle.

NFGO deltok i 2023 i Nasjonalt faglig råd med utarbeidelse av rapport om kreftkirurgi.

Man leverte også høringsuttalelse til Nasjonal Kreftstrategi 2024-2028.

### Styret for NFGO i 2023:

Tone Skeie-Jensen OUS (leder) Vara Torbjørn Paulsen  
 Martin Lindblad UNN (nestleder) Vara Elise Sletten (kasserer)  
 Alda Birgisdottir OUS (web-ansvarlig) Vara Katharina Bischof  
 Kathrine Woie HUS Vara Line Bjørge  
 Merethe Ravlo St.Olav Vara Guro Aune  
 Ingvild Vistad Sørlandet sykehus HF (sekretær) Vara Elisabeth Berge Nilsen SUS



## Gynekologisk Guidelinemøte

23.-24. januar 2025 - Clarion Bergen Airport

Bli med å påvirke faglige retningslinjer, bli oppdatert og treff gode kollegaer!  
 Til revisjon: Ungdomsgynekologi (nytt!), Sterilisering, Endometriepolypper, Kroniske smertetilstander i vulva, Hyperemesis, Seksuelle dysfunksjoner

Møtet er godkjent av Legeforeningen som kurs (12 timer) slik at det kan søkes refusjon fra fond 3.

Påmeldingsavgiften er kr 500. Forfatter som presenterer kapittelrevisjonen (oftest hovedforfatter) slipper påmeldingsavgift og får dekket inntil kr 4000 i reiseutgifter.



For påmelding  
se NGF nettsider





# Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi

## 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



dimeda<sup>®</sup>  
SURGICAL INSTRUMENTS

## ELEKTRODER TIL KONISERING



- Variert utvalg av elektroder i forskjellige fasonger og størrelser

- Fisher Cone elektrode
- Loop elektrode
- Kule elektrode

MedGyn

CooperSurgical<sup>®</sup>

ClearView<sup>™</sup>  
Uterine Manipulator

- Enhåndskontrollert uterin manipulator med 210° bevegelsesområde
- Selvholdende roterende håndtak slik at kirurgen kan manipulere livmoren uavhengig av assistent
- Dreier ved cervical os og tillater pasienten å forbli i ryggleie
- Pakket i et sterilt brett med alt du trenger for å fullføre prosedyren



Laborie<sup>1</sup>  
FOR DIGNITY. FOR LIFE.

## CERVICAL DILATOR

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



MedGyn

Kiwi vakuumpopp

For vaginal forløsning og keisersnitt



Laborie<sup>1</sup>  
FOR DIGNITY. FOR LIFE.

Kiwi OmniCup<sup>®</sup> with  
Traction Force Indicator

E-post [post@janbye.no](mailto:post@janbye.no) • Internett [www.janbye.no](http://www.janbye.no)

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

# Årsrapport 2023

## Nordisk foreining for gynekologi og obstetikk (NFOG)

### Styret i NFOG for 2023:

President: Oskari Heikinheimo (Finland).

Board: Annemette W Lykkebo (Danmark), Adalbjørg Bjørgvinsdottir (Island), Michael Algovik (Sverige), Ragnar Kvie Sande (Norge), Hannele Laivuori (Finland).

Kasserar: Kristina Renault (Danmark).

Generalsekretær: Sebastian Gidløf (Sverige).

Det vart valt to nye styremedlemmer under møtet i Trondheim 26-27/8. Nye medlemmer vart president Alexander Smárason (Island) og kasserar Vasilis Sitras (Norge). I tillegg gjekk Ragnar Kvie Sande og Hannele Lauvori ut av styret ved årsskiftet, og vart erstatta av Solveig Bjellmo (Norge) og Marjo Tuppurainen (Finland) som representantar for sine respektive nasjonale foreiningar.

Det vart halde tre styremøte i NFOG 2023; Eit i Stockholm 27-28/3, eit i Trondheim 26-27/8 og eit digitalt 8/11 2023.

### Økonomi:

NFOG har ein god økonomi og årlege overskot. Inntektene er i form av kontingent frå medlemslanda og frå drifta av Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. Overskotet frå foreiniga går inn i NFOG fund som deler ut stipend til medlemmene. Det vart foreslått reduksjon i kontingenten frå medlemslanda under møtet i Trondheim, dette vart nedstemt.

### Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica:

Det er NFOG som eig Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. Sjefsredaktør er Ganesh Acharya (Noreg/Sverige). Han har gjeve uttrykk for ønske om avløysing, og rekrutteringsprosessen for ny sjefsredaktør starta i 2023. AOGS gjekk over til full open access i juli 2021 etter at kontrakten med forlaget Wiley var ferdigforhandla og underskriven i februar 2021. Dette har ført til ein reduksjon i inntekter og impact faktor for AOGS i 2023.

### NFOG sine komitéar:

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

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

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

# Årsrapport 2023

## NFOG fund and scientific committee

NFOGs vitenskapelig komite består av et medlem fra hvert nordiske land. I 2023 besto komiteen av leder Tehri Piltonen (FIN), Niels Klarskov (DE), Johanna Gunnardsdottir (IS), Anne Josefsson (SE) og Solveig Bjellmo (NO).

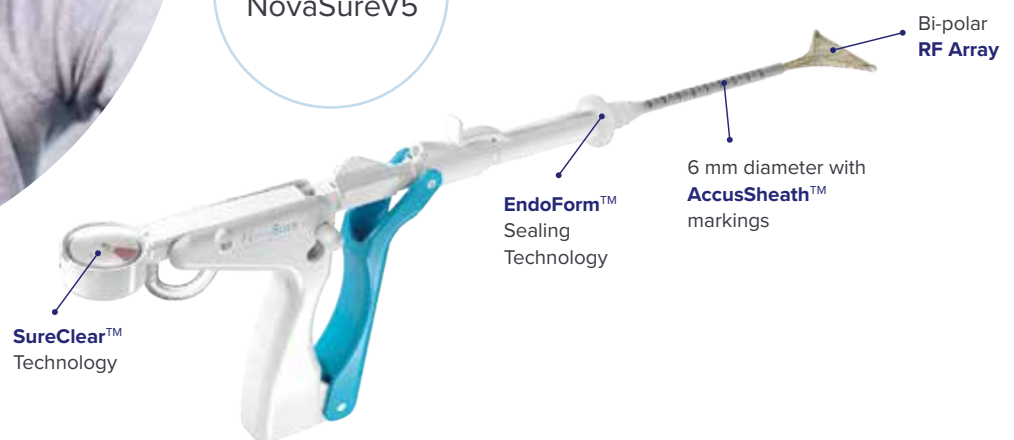
Komiteen vurdere innsendte søknader til NFOGs fond og i mars 2023 fikk 27 av 30 søknader innvilget støtte, mens tallet for oktober 2023 var 17 av 18 innsendte søknader. Det ble gjort en stor innsats for å evaluere de rundt 200 abstrakt sendt inn til NFOGs møte i Trondheim august 2023. Dette ble gjort over to

dager i mars 2023 hvor alle møttes fysisk i Oslo. Alle var også svært delaktig på møtet i Trondheim. Høst 2023 ble Agnethe Lund valgt inn som nytt medlem fra Norge og Heidis Valgeirsdottir fra Island, Danmark hadde ikke funnet ny kandidat, mens Ann Josefsson og leder Tehri Piltonen fortsetter i komiteen.

Fristen for innsendelse av søknad er 1. mars og 1. oktober, og man finner oppdatert liste for søknadskriterier på NFOG sine hjemmesider



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 behandlingsresultater<sup>1</sup>.

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.

# Årsrapport 2023

## NORBIRTH

### Styringsgruppens medlemmer:

Trond Melbye Michelsen (leder)  
 Ingvil Krarup Sørbye (fra SAINT-ledelsen)  
 Camilla Haavaldsen (Helse Sør-Øst)  
 Anne Flem Jacobsen (Helse Sør-Øst)  
 Ragnar Kvie Sande (Helse Vest)  
 Solveig Bjellmo (NGF-leder, Helse Midt)  
 Åse Torunn Revholt Pettersen (Helse Nord)  
 Andrea Alstad (LIS-representant, UNN)

### Formål

NORBIRTH-nettverket ønsker å fasilitere nasjonale multisenterstudier innen klinisk obstetikk med høy vitenskapelig kvalitet. Aktivitet 2023

Støttet av NORBIRTH-nettverket startet den første nasjonale multisenterstudien – SAINT – Safe Induction of labor Trial – inklusjon på 11 norske fødeavdelinger i 2023. Studien er finansiert av KLINBEFORSK med nasjonal PI Trond Melbye Michelsen. Målet er å inkludere og randomisere 3000 førstegangsfødende kvinner med igangsatt fødsel. Inklusjonen antas å pågå til februar 2025. Medikamentene som testes ut er butylskopolamin-bromid og bikarbonat med tilhørende placebo. Primærendepunktet er

spontan versus operativ forløsning. NORBIRTH-nettverket har hatt månedlige møter i 2023. NORBIRTH-nettverket har blitt presentert gjennom artikkel i Gynekologen i desember 2023. SAINT, den første studien i NORBIRTH-nettverket, har blitt presentert ved posterpresentasjoner ved NGFs årsmøte i 2023 samt ved invitert foredrag ved NFOG i 2023. Leder Michelsen samt Sørbye er deltakere i en nordisk arbeidsgruppe som arbeider med å etablere et nordisk nettverk for kliniske studier innen obstetikk.

### Medlemmer i NORBIRTH-nettverket per 31/12 2023

Åse Torunn Revholt Pettersen, UNN  
 Elisabeth Magnussen, St Olavs hospital  
 Jørg Kessler, Haukeland universitetssjukehus  
 Ragnar Kvie Sande, Stavanger universitetssjukehus  
 Marte Ween-Velken, Sørlandet sykehus Kristiansand  
 Katrine Sjøborg, Sykehuset Østfold Kalnes  
 Camilla Haavaldsen, Akershus universitetssykehus  
 Anne Molne Kjøllesdal, Vestre Viken HF Drammen  
 Tonje Lippert, Vestre Viken HF Bærum  
 Anne Flem Jacobsen, Oslo universitetssykehus  
 Ingvil Krarup Sørbye, Oslo universitetssykehus  
 Trond Melbye Michelsen, Oslo universitetssykehus

# Årsrapport 2023

## Spesialitetskomiteen

### Medlemmer i spesialitetskomiteen for 2023:

Christine Hancke, leder  
 Renate Torstensen, nestleder  
 Jette Stær Jensen  
 Mari Bunkholt Elstrand  
 Nora Johansen  
 Alexander Vietheer  
 Magnus Hagland  
 Ragnhild Lindelien Schwartz

I 2023 var vi på hele tre klinikkbesøk. Vi tok turen til Trøndelag og var innom St Olav, Levanger og Namsos. Noen av sykehusene

hadde ikke fått besøk av spesialitetskomiteen på mange år. Som alltid ble vi godt mottatt av godt forberedte utdanningsklinikker. Det er fint å se at det formelle med ny ordning er på plass og at alle finner gode løsninger tilpasset den enkelte klinikk. Etter besøk ferdigstiller vi et referat til legeföreningen som kan inneholde innspill til forbedringer i LIS-utdanningen.

Komiteen hadde fire møter i løpet av året. I 2023 ble endelig kurskatalogen med anbefalte kurs ferdigstilt. Dette har vært et tidkrevende arbeid hvor byråkrati må sies å være største sinkende faktor. Flere utdanningsinstitusjoner ble også godkjent. Vi forventer at de siste blir godkjente i løpet av 2024.



# Hiprex

(metenaminhippurat)

## Bruk Hiprex for å redusere residiverende UVI-episoder hos kvinner uten abnormiteter i urinveiene.<sup>1</sup>

30 % av norske kvinner i alderen  $\geq 40$  år rapporterer om symptomer på tilbakevendende UVI.<sup>2</sup>

### Nyere studier viser

44% reduksjon i antibiotikaforskrivningen ved bruk av Hiprex (metenamin).<sup>2</sup>

Hiprex er ikke vesentlig mindre effektiv, sammenliknet med lavdose antibiotika.<sup>3</sup>

Hiprex og trimetoprim viste like god effekt ved å forebygge residiverende UVI, ( $p = 1,00$ ).<sup>4</sup>

Dette bekrefter klinisk nytte av Hiprex, som et ikke-antibiotisk alternativ, for forebygging av urinveisinfeksjon.<sup>3</sup>

**Definisjon residiverende urinveisinfeksjon (UVI):** gjentatt UVI'er med en frekvens på minst to episoder de siste seks måneder, eller tre episoder siste året.<sup>3</sup>

### Hiprex til voksne og barn i alderen 6-12 år

#### Indikasjon:<sup>5</sup>

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

#### Dosering av Hiprex:<sup>5</sup>

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

#### Utvalgt sikkerhetsinformasjon<sup>5</sup>

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

### Hiprex (metenamin) priser og refusjon:<sup>6</sup>

Hiprex koster kr 303,10 for 100 tabletter, kr 667,80 for 100 doseposer. Begge formuleringer er 1 gram. Reseptgruppe C. Refusjonsberettiget bruk: Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdrenasje. Infeksjonsprofylakse urinveier ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets sluttfase. Infeksjoner ved organtransplantasjon.

#### Referanser:

1. EAU-Guidelines-on-Urological-Infections-2024.pdf (d56bochluxqnz.cloudfront.net)
2. Linda Rui, Morten Lindbaek and Svein Gjelstad, Preventive effect of methenamine in women with recurrent urinary tract infections – a case-control study, SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE 2022, VOL. 40, NO. 3, 331–338
3. Harding C., et al. Alternative to prophylactic antibiotics for the treatment of recurrent urinary tract infections in women: multicentre, open label, randomized, non-inferiority trial. BMJ. 2022;376: e068229
4. Botros C., et al. Methenamine hippurate compared with trimethoprim for the prevention of recurrent urinary tract infections: a randomized clinical trial. International urogynecology journal. 2022 Mar;33(3):571-80.
5. Hiprex SPC (06.10.2022)
6. Felleskatalogtekst, Hiprex, basert på SPC fra 06.10.2022.



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

# Årsrapport 2023

## Urogynekologisk faggruppe

### Gruppens mandat:

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

### I 2023 bestod urogynekologisk faggruppe av:

Cathrine Reimers, OUS Ullevål (Leder)  
 Kristine Amundsen, UNN  
 Maria Øyasæter Nyhus, St Olavs  
 Siri Tuft Isdahl, Haukeland sykehus (LIS-representant)  
 Mariann Eidet, Sørlandet sykehus Kristiansand  
 Siv Svennevik Myhr, SIV Tønsberg  
 Kjersti Rimstad, AHUS

Vi gjennomførte fem teammøter og to fysiske møter. Ellers var det kontakt via e-postkommunikasjon etter behov.

### FUGO-forkurs

Hovedoppgaven vår dette året var å planlegge og gjennomføre FUGO-forkurs ifm. årsmøtet i Haugesund. Temaet var

Urogynekologi, og det var 49 påmeldte deltakere hvorav 34 LIS og 15 spesialister. Det var foredragsholdere fra faggruppen samt innleide kollegaer. Det var en tidkrevende, lærerik og samtidig spennende oppgave. FUGO gjennomførte kursevaluering, og det var veldig gøy at vi fikk mange positive tilbakemeldinger.

### NUGG-formøtet

Det var kollegaer ved Kvinneklubben ved Sykehuset Østfold Kalnes som hadde satt sammen det faglige programmet til NUGG formøtet 25.oktober 2023.

Temaene var

«TVT 10 og 20 år etter- prelimnære data på langtidsresultat, tilfredshet og komplikasjoner» ved Berit Rein Solhaug, St.Olavs.  
 «Bullkamid behandling og resultater» ved Åse Roald Sandvik, Ålesund.

Komplikasjonskvarter.

Det ble på NUGG-møtet også holdt orientering fra urogynekologisk fagråd og avholdt valg.

- Kjersti Rimstad (Ahus) takket for seg.
- Maria Nyhus (St.Olavs), Siv Svennevik Myhr (SIV) og Mariann Eidet (SSK) ble gjenvalgt for fire nye år.
- Cathrine Reimers (OUS), Kristine Amundsen (UNN) og Siri Tuft Isdahl (Haukeland) var ikke på valg.
- Da det ikke var forslag til ny LIS til valget, fikk gruppen selv oppgaven med å verve LIS, og Frida Sofie Sivertsen (Haugesund) ble vårt nyeste medlem.

# Årsrapport 2023

## NGER

Registeret jobber kontinuerlig med å øke og opprettholde dekningsgrad, og er svært fornøyd med at vi i år kan vise til en nasjonal dekningsgrad på 82%.

Resultatene i årets rapport viser igjen jevnt over god kvalitet ved den gynekologiske kirurgien som utføres. Det er lite peroperative komplikasjoner. Som tidligere er det de postoperative infeksjonene som er den vanligste komplikasjonen ved gynekologisk kirurgi. Det er fremdeles spesielt i forbindelse med laparoskopiske hysterektomier at de postoperative infeksjonene er mest vanlig. Noen sykehus viser en tydelig reduksjon i forekomsten av postoperative infeksjoner etter hysterektomier, mens andre har en nokså uendret høy forekomst. Det er således et bilde med potensiale for forbedringsarbeider der man sannsynligvis kan hente informasjon og erfaringsgrunnlag fra sykehus som har klart å redusere sine komplikasjoner.

Noe overraskende er det å se at andelen dagkirurgiske inngrep går noe ned. I lys av stadig økt behov for effektivisering i helsetjenesten skulle man forvente en annen utvikling på dette feltet.

Som tidligere år ser vi på flere områder at det er en tendens til økt forekomst av komplikasjoner ved sykehus som utfører få prosedyrer. Det er et kjent fenomen at volum er viktig for kvaliteten på kirurgien. Det skal riktignok understrekes at et sykehus med lite volum kan ha spredt kirurgien på få hender, slik at det totale antallet ikke alltid speiler hvor mange kirurger som er involvert i materialet. I denne sammenheng er det også viktig å presisere at man skal være forsiktig med tolkningen av noen av resultatene på sykehusnivå der antall utførte prosedyrer er få.

Det blir svært viktig for registeret i tiden som kommer å kommunisere potensiale og muligheten som ligger i NGER sine data i forhold til å initiere vitenskapelig arbeid. Registeret har hatt to utleveringer i 2023 til vitenskapelig formål, og planlegger en utlevering i 2024. Registeret håper å se resultater av utleveringene i nær fremtid.

Vi i NGER ønsker med dette å takke alle som bidrar til dataregistrering, og ønsker forslag til nye studier velkomne.

*Toril Råknes*  
Daglig leder NGER

*Steinar Holmsen*  
Faglig leder NGER



**Dekningsgrad (DG) for NGER og NPR per sykehus, ICD-10- og/eller NCSP-koder.**

Sykehus	2023	2023
	Total	DG NGER
OUS, Radiumhospitalet	201	50,7
OUS, Ullevål	2 735	86,1
Aleris Helse AS avd Oslo	255	100
Aleris Helse AS Colosseum	117	100
Volvat Medisinske Senter AS	1	100
Akershus universitetssykehus, Kongsvinger	105	74,3
Akershus universitetssykehus, Nordbyhagen/Ski	1 167	78,4
Helse Bergen, Haukeland	778	79,6
Helse Bergen, Voss	97	97,9
Helse Fonna, Haugesund	458	78,2
Helse Fonna, Stord	148	91,9
Helse Førde, Førde	129	98,4
Helse Stavanger, Stavanger	1 032	63,2
C-MEDICAL AS	55	100
Betanien sykehus, Bergen	274	97,1
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	925	92,2
Helse Møre og Romsdal, Nordmøre og Romsdal	170	47,6
Helse Møre og Romsdal, Volda	124	67,7
Helse Møre og Romsdal, Ålesund	349	99,7
St. Olavs Hospital HF	1 193	81,9
Helse Nord-Trøndelag, Levanger	182	79,7
Helse Nord-Trøndelag, Namsos	150	93,3
Sykehuset Innlandet, Elverum	416	93,8
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	391	88,7
Sykehuset Innlandet, Lillehammer	292	91,4
Helgelandssykehuset, Mo i Rana	91	91,2
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	132	98,5
Nordlandssykehuset, Bodø	244	94,3
Nordlandssykehuset, Gravdal	33	90,9
Nordlandssykehuset, Stokmarknes	117	71,8
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	230	90,9
Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	110	90,9
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	342	82,7
Finmarkssykehuset, Hammerfest	139	95
Finmarkssykehuset, Kirkenes	79	89,9
Sykehuset Østfold HF	797	66,1
Sørlandet sykehus, Arendal	315	62,2
Sørlandet sykehus, Flekkefjord	110	46,4
Sørlandet sykehus, Kristiansand	402	64,4
Vestre Viken, Bærum	453	87,4
Vestre Viken, Drammen	804	89,6
Vestre Viken, Kongsberg	194	56,2
Vestre Viken, Ringerike	221	97,3
Sykehuset Telemark HF	556	76,8
<b>Totalt</b>	<b>17 113</b>	<b>81,9</b>

# Årsrapport 2023

## Endoskopiutvalget

### På NGFs årsmøte i Haugesund 25.-27. oktober 2023 ble det avholdt styremøte og nytt valg av styre som består av:

Jenny Alvirovic (leder), Oslo Universitetssykehus  
 Øystein Helland, Haukeland Universitetssykehus  
 Kristine Aas-Eng, Oslo Universitetssykehus  
 Renate Torstensen, Nordlanssykehuset  
 Tonje Bohlin, Sykehuset Vestfold  
 Are Larsen (FUGO-representant)

### Endoskopiutvalget har som mandat å fremme endoskopisk kompetanse blant norske gynekologer:

- Medarrangør av kurs i gynekologisk endoskopi
- Pådriver for Norsk Gynekologisk Endoskopi-register (NGER)
- Være rådgiver i høringsuttalelser for Norsk Gynekologisk Forening – anbefale trening og simulatoropplegg i endoskopiske teknikker
- Samarbeide med nasjonale og internasjonale foreninger (FUGO, ESGE, NSGE, AAGL, EEL)
- Facebookgruppe: «Norsk gynekologisk endoskopigruppe» med åpen tilgang for alle kollegaer med linker til web-seminar, ulike problemstillinger innen det endoskopiske fagfeltet, nyttige beskjeder og oppdateringer kan publiseres her.

### Formøte:

Det er etablert en fin tradisjon med formøte i forbindelse med NGF sitt årsmøtet. Disse møtene har vært godt besøkt og holdt en høy faglig standard. I 2023 inneholdt møtet følgende program etterfulgt av en god faglig diskusjon om kirurgisk teknikk.

17.30 – 19.00 "Benign hysterectomy" – Dr. Gaby Moawad  
 "Pelvic neuroanatomy and it's application in DIE" – Dr. Gaby Moawad

### Kurs:

#### Gynekologisk kirurgi trinn I

Kurset ble arrangert i mai og september 2023. Kurset er et tredagers kurs i gynekologisk kirurgi på Oslo universitetssykehus Ullevål /Ullevål stadion.

Dag 1 og 3 med foredrag og videopresentasjoner, mens dag 2 er stasjonstrening med 7 ulike øvelser, bl.a. laparoskopi, hysteroskopi, gjennomgang av kirurgisk teknikk, instrumenter og laparotomi-brikke, energi og diatermiformer m.m. Kurset har siden oppstart fått svært gode tilbakemeldinger fra LIS, og fra 2024 arrangeres det to ganger i året.

#### Gynekologisk kirurgi trinn II

Et tre dagers kurs i adnexkirurgi med live-overføring av endometriosekirurgi og praktisk trening på gris. Denne modellen er opprettholdt med godt søkerantall og 16 deltagere på kurset i 2023. Det ble avholdt en siste gang i samarbeid med endoskopiutvalget.

### Styremøter:

Det ble holdt styremøte i forbindelse med planlegging av og under gynekologisk årsmøte i Haugesund 25.10.23 og videre kommunikasjon har foregått per mail.

*Jenny Alvirovic*

Leder av Endoskopiutvalget



# STORT BEHOV FOR GYNEKOLOGER I HUMANITÆRE KRISER

Helsehjelp til kvinner er en grunnleggende del av alle Leger Uten Grensers prosjekter, og vi har alltid behov for flere gynekologer. Her forteller to av våre ansatte som jobber som gynekolog og jordmor hva de har lært på jobb og hva som motiverer dem.



**Anca Heyd er gynekolog – en kompetanse det er desperat behov for i Leger Uten Grensers prosjekter rundt om i verden.**

– For noen år siden kom jeg endelig til et sted i livet hvor jeg kunne kombinere familie og jobb med Leger Uten Grenser. Nå tar jeg permisjon fra jobb én gang i året for å reise ut på oppdrag. Man får et nytt perspektiv på livet og vokser mye som menneske, forteller hun.

På hennes første oppdrag på Khost-sykehuset i Afghanistan behandlet hun mange kvinner med svangerskapskomplikasjoner. Her blir det født hundrevis av barn hver uke, og det finnes ikke mange andre helsetilbud i regionen.

– Situasjoner og tilstander, som jeg bare hadde lest om i bøker, og som vi nesten ikke ser i Norge, ble plutselig hverdagskost og måtte håndteres, forteller hun og trekker frem at man rent faglig lærer veldig mye.

I tillegg til klinisk behandling er også opplæring og veiledning av lokale kollegaer en viktig del av jobben. Kunnskapsutvekslingen går begge veier. Alt handler om samarbeid, lytting og deretter løse et problem eller en utfordring.

– Det er likevel viktig med en viss

faglig erfaring og trygghet, fordi man vil havne i uvante situasjoner hvor man er nødt til å improvisere. Man må også ha evnen til å jobbe flerkulturelt. Være åpen for andre måter å gjøre ting på. Akseptere og respektere andre mennesker og andre måter å jobbe på. Man må være fleksibel og leve med at man ikke alltid har kontroll, forteller hun.

Anca har aldri angret på at hun reiste ut med Leger Uten Grenser, og beskriver oppdragene hun har vært på som krevende, men givende.

– Man opplever vonde og gode opplevelser. Begge like sterke og like verdifulle og som preger deg som menneske. Du blir bedre kjent med deg selv og med andre, og du opplever øyeblikk du har med deg resten av livet, avslutter hun.



**Sia Marian Sorboeh er jordmor på Leger Uten Grensers mor-barn-sykehus i Kenema, og har tatt Leger Uten Grensers jordmorutdanning. I Kenema utfører**

**Leger Uten Grenser akutte keisersnitt og andre livreddende operasjoner for gravide kvinner og nybakte mødre.**

Sias interesse for jordmorfaget begynte allerede i barndommen.

– Da jeg lekte som barn, var jeg alltid jordmor.

Lidenskapen utviklet seg til et karrierevalg, og nå er hun stolt av å kunne hjelpe kvinner under svangerskap, fødsel og som nybakte mødre.

Sias favorittemner under studiene var håndtering av svangerskapsforgiftning, eklampsi og postpartum blødning. Disse tilstandene er en årsak til at mange mødre dør, men de kan håndteres bedre med riktig kunnskap og ferdigheter.

– En kvinne som får en blødning etter fødsel, kan dø ganske raskt hvis hun ikke får riktig behandling. Takket være utdanningen, er jeg nå klar over farene og vet hvordan jeg skal håndtere dem, forklarer Sia.

Hun føler at selvtilliten har vokst, fordi hun vet at hun kan håndtere slike situasjoner på en effektiv måte.

– Jeg er så stolt og glad for jordmorutdanningen, sier hun.

Den praktiske trainingen, veiledet av kliniske mentorer som gir både teoretisk og klinisk veiledning ved sykesengen, har vært avgjørende for Sias profesjonelle utvikling.

– Den kliniske mentoren underviser og observerer oss under enkelte prosedyrer, og veileder oss slik at vi gjør de riktige tingene, sier Sia.

– Nå kan jeg gjøre ting jeg ikke kunne før, så jeg kan nå gi bedre hjelp til gravide kvinner og spedbarn som trenger det, sier hun.

Leger Uten Grenser har alltid behov for gynekologer. Kan det være deg?

**For mer informasjon, delta på et av våre informasjonsmøter eller gå til: [legerutengrenser.no/jobb-for-oss](http://legerutengrenser.no/jobb-for-oss)**



# Stiftelse av Norsk hysteroskopiforum på NGFs årsmøte 2024

Etter initiativ fra gynekologer i Helse Sør-Øst, stiftes Norsk hysteroskopiforum 23. oktober 2024 under endoskopiutvalgets formøte.

Skrevet av Espen Berner

Det har skjedd store endringer de siste årene innen logistikk, utstyr og praktisk gjennomføring av hysteroskopiske inngrep. I økende grad skjer hysteroskopiske prosedyrer poliklinisk i lokalbedøvelse. Endringen har ført til økt behov for opplæring og samarbeid mellom fagmiljøer i Norge som utfører hysteroskopiske inngrep.

Norsk hysteroskopiforum vil være en faggruppe som har mål om å fremme kvalitet, opplæring, pasientsikkerhet, pasientinformasjon og forskning innen hysteroskopiske prosedyrer. Norsk hysteroskopiforum ønsker fremme samarbeid mellom de ulike helseforetakene innen hysteroskopi.

En arbeidsgruppe med gynekologer i Helse Sør-Øst har utarbeidet forslag til vedtekter for Norsk hysteroskopiforum. Det foreslås at styret i Norsk hysteroskopiforum organiseres med en leder, en sekretær og ett medlem fra hvert av de regionale helseforetakene. Arbeidsgruppen har forslag til kandidat til styrets leder, styrets sekretær og styremedlem fra Helse Sør-Øst. Norsk hysteroskopiforum trenger kandidater til styret fra Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt RHF

Se NGF hjemmeside/Endoskopiutvalget eller kontakt Espen Berner ([espen.berner@gmail.com](mailto:espen.berner@gmail.com)) for mer informasjon.

nordic  
consumer  
health

## Mykgjørende & fuktighetsbevarende krem for underlivet

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

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

Alle kjente og gjennomprøvde ingredienser.

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

Produktet er utviklet av Dr. Warming og har ingen varmeeffekt.

92%  
fettinnhold



Ønskede vareprøver eller informasjonsmateriell til pasienter på deres klinikk, kontakt oss på:  
[info@consumerhealth.no](mailto:info@consumerhealth.no) eller ring +46 8 718 04 24

Dr. Warming Critical Care markedsføres av Nordic Consumer Health AB, Augustendalsvägen 62, 131 27 Nacka Strand, Sverige. NCH 2024-08

# JEMPERLI (dostarlimab) i kombinasjon med kjemoterapi er

# første

## EMA-godkjente PD-1 hemmer til behandling av kvinner med primær fremskreden eller tilbakevendende endometriekreft.<sup>1,2</sup>



### Refusjon for indikasjon:

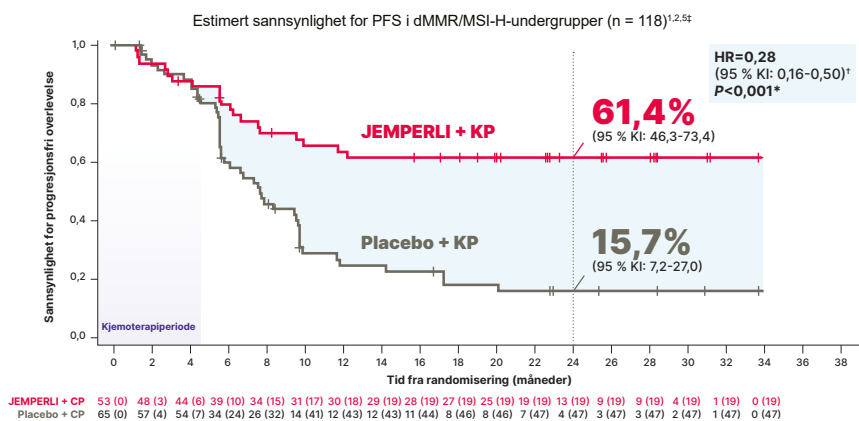
JEMPERLI er indisert i kombinasjon med karboplatin og paklitaksel for behandling av voksne pasienter med primær fremskreden eller tilbakevendende dMMR (mismatch repair deficient) / MSI-H (microsatellite instability high) endometriekreft (EC) og som er kandidater for systemisk behandling.<sup>1,3</sup>

### Sikkerhetsprofil ved kombinasjonsbehandling<sup>1</sup>

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.<sup>1</sup> Bivirkningene var alvorlige hos 5,8 % av pasientene; de alvorligste bivirkningene var immunrelaterte bivirkninger.<sup>1</sup>



### Påvist effekt med 72 % reduksjon i risikoen for progresjon eller død vs. karboplatin-paclitaxel alene<sup>1,5\*\*</sup>



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

### 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](http://www.felleskatalogen.no/medisin/atc-register/L01F), sett 18.12.2023). 3. [www.nyemetoder.no/metoder/dostarlimab-jemperli-indikasjon-ii](http://www.nyemetoder.no/metoder/dostarlimab-jemperli-indikasjon-ii). 4. [www.nyemetoder.no/siteassets/documents/Beslutninger/Beslutningsforum-23012023\\_Protokoll.pdf](http://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-240002, mai 2024.



# ABSTRAKT

## A1 Adrenal steroid profiling as a diagnostic tool to differentiate polycystic ovary syndrome from nonclassic congenital adrenal hyperplasia: pinpointing easy screening possibilities and normal cutoff levels using liquid chromatography tandem mass spectrometry

Ueland, Grethe Å<sup>1</sup>, Dahl, Sandra R.<sup>2</sup>, Methlie, Paal<sup>1,3</sup>, Hessen, Saleh<sup>4</sup>, Husebye, Eysteine S.<sup>1,3</sup>, Thorsby, Per M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Medicine, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

<sup>2</sup>Hormone Laboratory, Department of Medical Biochemistry and Biochemical Endocrinology and Metabolism Research Group, Oslo University Hospital, Aker, Oslo, Norway

<sup>3</sup>Department of Clinical Science and K.G. Jebsen Center for Autoimmune Diseases, University of Bergen, Bergen, Norway

<sup>4</sup>Innlandet Hospital, Department of Internal Medicine, Hamar, Norway

**Objective:** To define liquid chromatography tandem mass spectrometry (LC-MS/MS)-based cutoff levels and panels of steroid hormones, to improve diagnosis of nonclassic congenital adrenal hyperplasia (NCCAH) and other partial enzyme defects in the adrenals.

**Design:** Prospective cohort analysis.

**Setting:** University hospital-based tertiary endocrine center.

**Patients:** One hundred and twenty-one healthy adults and 65 patients evaluated for possible NCCAH (validation cohort).

**Interventions:** The LC-MS/MS-determined cutoffs for 11 steroids (basal and cosyntropin-stimulated) were defined by 2.5% and 97.5% percentile in healthy subjects. Validation cohort was used for comparison.

**Main Outcome Measures:** Percentage of patients diagnosed with NCCAH among patients with polycystic ovary syndrome (PCOS)-like symptomatology. Evaluation of the defined LC-MS/MS-based cutoff levels for steroid hormones among this patient group.

**Results:** Of the 65 PCOS-like patients evaluated for possible NCCAH, 8 (12.5%) were discovered and genetically verified, and 2 had classic congenital adrenal hyperplasia. Cosyntropin-stimulated 17-hydroxyprogesterone (17OHP) showed the best diagnostic accuracy for NCCAH with an area under the curve of 0.95 (0.89–1.0 with a sensitivity of 86% and a specificity of 88%). In homozygote patients, 21-deoxycortisol and 17OHP levels were elevated, in heterozygote patients only 17OHP (basal or stimulated) was raised. Four healthy patients in the validation cohort had 17OHP above the basal cutoff.

**Conclusions:** The NCCAH syndrome is frequent in patients with suspected PCOS, and should be considered as a routine screening when assessing infertility. We suggest the use of serum steroid profiling, including 21-deoxycortisol, together with the cosyntropin stimulation test with 17OHP. Our data support a 17OHP cutoff of 8.5 nmol/L (2.8 ng/mL) 60 minutes after cosyntropin stimulation, when measured with LC-MS/MS, significantly lower than current European guidelines.

## A2 Immuno-hormonell heterogenitet hos gravide med normo- eller hyper-androgen PCOS

Jarmund, Anders H.,<sup>1</sup> Stokkeland, Live M. T.,<sup>1</sup> Ryssdal, Mariell,<sup>1</sup> Steinkjer, Bjørg,<sup>1</sup> Løvvik, Tone S.,<sup>1,2</sup> Schmedes, Anne V.,<sup>3</sup> Giskeødegård, Guro F.,<sup>4</sup> Iversen, Ann-Charlotte<sup>1,2\*</sup> og Vanky Eszter<sup>1,2\*</sup>

\*delt førsteforfatterskap

\*\*delt sisteforfatterskap

<sup>1</sup>Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim, Norge.

<sup>2</sup>Kvinneklinikken, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, Trondheim, Norge.

<sup>3</sup>Biokemi og Immunologi, Lillebælt Hospital, Vejle, Danmark.

<sup>4</sup>Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM), NTNU, Trondheim, Norge.

**Bakgrunn:** Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) kan klassifiseres som normo- eller hyper-androgen fenotype ut fra klinikk eller biokjemi. Den hyperandrogene fenotypen regnes som en mer alvorlig form av PCOS med flere kliniske symptomer og mer komorbiditet. Hvorvidt dette også gjelder i svangerskap, er usikkert.

**Mål:** Målet med studien er å kartlegge konsekvenser av PCOS-fenotype med tanke på svangerskapsutfall og svangerskaps-spesifikk immunaktivering.

**Metode:** I PregMet- og PregMet2-studiene ble gravide kvinner med PCOS randomiserte til metformin eller placebo, og fulgt med blodprøver i svangerskapsuke 10, 19, 32 og 36. I den aktuelle studien inngår kvinner randomisert til placebo-gruppen (n=354). Serum-cytokiner ble målt med Bio-Plex Pro Human Cytokine 27-plex Assay, s-testosteron og s-androstenedion med LC-MS-MS, og s-SHBG med spesifikt immunassay.



**Resultat:** Kvinner med PCOS ble klassifisert som normo- (n = 82, 23%) eller hyper-androgene (n = 272, 77%) basert på Rotterdam-kriteriene i ikke-gravid tilstand. Til tross for høyere BMI i den hyperandrogene gruppen ( $p < 0.001$ ), var det ikke signifikant forskjell i forekomst av gestasjonsdiabetes, -hypertensjon, preeklampsi eller preterm fødsel. Fri testosteron-indeks, s-testosteron og s-androstenedion var høyest i svangerskapet hos kvinner med hyperandrogen PCOS, men med betydelig overlapp mellom fenotypene. Serumnivå av cytokiner og androgener gjennom svangerskapet viser komplekse grupperinger på tvers av PCOS-fenotype. Klyngeanalyser pågår for å kartlegge klinisk relevante subgrupper, og resultatene vil presenteres på NGFs årsmøte.

**Konklusjon:** Gravide kvinner med hyperandrogen PCOS ser ikke ut til å ha økt forekomst av svangerskapskomplikasjoner sammenlignet med normoandrogen PCOS. Svangerskapet ser ut til å innebære heterogene prosesser med betydelig immuno-hormonell påvirkning på tvers av PCOS-fenotype.

## A3 Preeksisterende genital Chlamydia Trachomatis infeksjon blant kvinner diagnostisert med ekstrauterint svangerskap ved St. Olavs hospital 2005-2021

Fredriksen, Helga F.<sup>1</sup>, Skjeldestad, Finn E.<sup>2</sup>, Hagemann, Cecilie T.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

<sup>2</sup> UiT, Norges arktiske universitet

<sup>3</sup> Kvinnekliviken, St. Olavs hospital, Trondheim

<sup>4</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

**Bakgrunn:** Flere kohortstudier har sett på risikoen for svangerskap i eggleder (EXU) etter Chlamydia Trachomatis (CT)-infeksjon med sprikende resultater. Formålet var derfor å studere forekomsten av preeksisterende CT-infeksjoner blant kvinner med EXU, å sammenligne ulike karakteristika mellom de CT-positive pasientene, de CT-negative og de som aldri var testet, samt å vurdere fertilitet mellom CT-testing og første EXU.

**Metode:** Retrospektiv studie med 678 pasienter innlagt på St. Olavs hospital for EXU 2005-2021. Medisinske journaler ble gjennomgått. CT-data fra 1990 til 2020 ble hentet fra Avdeling for medisinsk mikrobiologi, St. Olavs hospital og sammenstilt med journaldataene.

**Resultater:** Totalt var 402 kvinner (59%) CT-testet, av disse var 117 (29%) positive. Totalt var det 167 positive tester blant 2483 tester (dvs. en infeksjonsprevalens på 6,7%), og for de 291 som ble testet før 25 år var 108 positive (dvs. en kumulativ insidens på 37%).

Av kvinner bosatt i Sør-Trøndelag var 108 (34% av de testede) CT-positive før første EXU, 208 var CT-negative og 226 var ikke CT-testet før første EXU. Det var ingen forskjeller i alder, svangerskaphistorikk eller fertilitetsbehandling mellom de tre gruppene. Hele 65% av de CT-positive og 76% av de CT-negative hadde hatt et intrauterint svangerskap mellom CT-test og første EXU ( $p=0,04$ ).

**Konklusjon:** Vi fant en høyere kumulativ insidens av CT-infeksjoner blant EXU-pasienter innlagt på St. Olavs hospital sammenlignet med for 20 år siden, mens infeksjonsprevalensen er sammenlignbar med oppdaterte nasjonale overvåkningsdata. På grunn av mangelen på en representativ sammenligningsgruppe kan vi bare antyde en sammenheng mellom tidligere CT-infeksjon og EXU.

## A4 Smerteopplevelse ved poliklinisk hysteroskopi

Baran, Nora<sup>1</sup>, Bjørnnes, Guro<sup>1</sup>, Sande, Ragnar K<sup>1,2</sup>, Nordbø, Olav<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universitetet i Bergen

<sup>2</sup> Kvinnekliviken, Stavanger Universitetsjukehus

**Bakgrunn:** Tradisjonelt har hysteroskopi vært utført under generell anestesi, men fremskritt innenfor teknologi i senere år har gjort det mulig å gjennomføre prosedyren poliklinisk. Det er imidlertid kjent at mange kvinner opplever hysteroskopi i våken tilstand som smertefullt.

**Mål:** Evaluere pasientenes smerteopplevelse under poliklinisk operativ eller diagnostisk hysteroskopi, og bestemme om smertenivået kan anses som akseptabelt. I tillegg ønsket vi å utforske mulige faktorer som kan være assosiert med smerte under og etter prosedyren.

**Metode:** Det ble gjennomført en prospektiv observasjonsstudie som inkluderte 61 pasienter som kom til poliklinisk hysteroskopi mellom januar og mai 2024 ved Stavanger Universitetsjukehus. Pasientene ble bedt om å ta 1000 mg paracetamol og 800 mg ibuprofen før prosedyren. Alle pasientene fikk lokalbedøvelse med paracervikal blokkade under prosedyren. Det ble brukt et 5,5 mm hysteroskop. Pasientene evaluerte smerteopplevelsen postoperativt med en smertekala fra 0-10 basert på Visuell Analog Skala (VAS).

**Resultater:** Gjennomsnittlig smertenivå under prosedyren var 2,5 (Standardavvik (SA) 1,7). Smertenivået 10 minutter etter prosedyren var i gjennomsnitt 1,3 (SA 1,8). Kun 2% av pasienter opplevde sterke smerter (VAS > 6), og alle pasienter rapporterte å ha opplevd smertelindringen de fikk som god nok. Det ble funnet en signifikant sammenheng mellom smerte under prosedyren og dose paracervikal blokkade administrert. Det ble også funnet en signifikant sammenheng mellom smerte etter prosedyren og manglende inntak av ibuprofen, samt en omvendt proporsjonal sammenheng mellom smerte etter prosedyren og antall tidligere vaginale fødsler.

**Konklusjon:** Det gjennomsnittlige smertenivået i forbindelse med poliklinisk hysteroskopi anses som akseptabel for prosedyren.

## A5 Kirurgisk behandling av meno-metrorrhagi ved Sørlandet sykehus 2011-2021: Retrospektiv analyse av DIPS-journaldata

Vistad, Ingvild<sup>1,2</sup>, Hagen, Milada<sup>3</sup>, Tveit, Tor<sup>4</sup>, Berge, Geir Thore<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Gynekologisk avdeling, Sørlandet sykehus Kristiansand

<sup>2</sup> Universitet i Oslo

<sup>3</sup> Oslo Met

<sup>4</sup> Avdeling for teknologi og innovasjon, Sørlandet sykehus, Kristiansand

**Bakgrunn:** Gynekologiske blødningsforstyrrelser rammer 15-20% av fertile kvinner og utgjør indikasjon for omtrent 25 % av gynekologisk kirurgi. De vanligste inngrepene er varmebehandling av endometriet eller hysterektomi, og noen får utført flere inngrep før livmoren fjernes og de blir blødningsfrie. Elektronisk journalsystem gir et godt utgangspunkt for å gjennomføre forskning på helseopplysninger registrert i pasientjournaler. Vi ønsket å få en oversikt over eget helseforetak sin kirurgiske håndtering av denne resurskrevende diagnosen og se om ekstraksjon fra DIPS egnert seg til dette.

**Metode:** Vi brukte Structure-Query-Language til å ekstrahere kliniske og organisatoriske DIPS-data fra pasienter henvist med diagnosekoden N92.x i perioden 2011-2021. Vi kontrollsjekket datakvaliteten via manuell journalgransking.

**Resultater:** Av 3859 henviste pasienter ble 1974 (51%) kvinner operert. Disse hadde median alder 44 (17-67) år. De fleste (85%) hadde flere sykehuskontakter. 38% hadde en bidiagnose, mens 11% hadde to. De vanligste bidiagnosene var relatert til blødningsforstyrrelsen (f.eks myom 11%). Når det gjaldt behandlingen, var utskrapning (35,2%) og endometriedestruksjon vanligst (33,4%), mens 27,2% ble operert med hysterektomi, 10,7% hysteroskopi og 2,9% endometrireseksjon. Før 2016 var det vanligste inngrepet utskrapning (33-48%), mens fra 2016 var det vanligste inngrepet endometriedestruksjon (32-43%). Flere pasienter gikk gjennom flere prosedyrer før hysterektomi. Journalgransking tydet på at datakvaliteten var tilfredsstillende når det gjaldt prosedyrer, mens noe data var unøyaktig.

**Konklusjon:** Vi fikk en god oversikt over hvordan vi håndterer blødningsforstyrrelser. DIPS egnert seg til å undersøke egen pasientpopulasjon, men journalgransking er viktig. Neste skritt er maskinlæring for å analysere mønstre i data for å vurdere mulig beslutningsstøtte for hysterektomi direkte.

## A6 Risikofaktorer for vaginaltoppsruptur etter robotassistert total laparoskopisk hysterektomi i Norge

Denstad, Silje E.<sup>1,2</sup>, Volløyhaug, Ingrid<sup>1,2</sup>, Lieng, Marit<sup>3,4</sup>, Lonnee-Hoffmann, Risa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklinikken, St. Olavs hospital

<sup>2</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

<sup>3</sup> Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus

<sup>4</sup> Institutt for Klinisk Medisin, Universitetet i Oslo

**Bakgrunn:** Vaginaltoppsruptur er en alvorlig komplikasjon etter total hysterektomi. Forekomsten er høyere etter laparoskopisk metode, spesielt robotassistert, sammenlignet med åpen og vaginal kirurgi. Risikofaktorer for vaginaltoppsruptur er ikke fullstendig kartlagt, og det foreligger ingen studier fra Norden.

**Mål:** Identifisere risikofaktorer for vaginaltoppsruptur etter robotassistert total laparoskopisk hysterektomi.

**Metode:** Retrospektiv observasjonsstudie med journalgjennomgang av pasienter behandlet med robotassistert total laparoskopisk hysterektomi ved St. Olavs hospital i perioden 2009-2021. Potensielle risikofaktorer ble analysert med univariate og multivariate logistiske regresjonsanalyser justert for alder, BMI, røyking og operasjonstid.

**Resultater:** Av 1550 inviterte kvinner, samtykket 684 (44,1%) til studiedeltakelse. Ved operasjonstidspunktet var gjennomsnittsalderen 48,9 år (SD±10,9) og BMI 27,4 kg/cm<sup>2</sup> (SD±5,3). Operasjonsindikasjonen var antatt benign tilstand hos 490 (71,6%), 110 (16,1%) røkte og 203 (29,7%) var postmenopausale. Gjennomsnittlig operasjonstid var 107 minutter (SD±37,2).

Totalt 28 kvinner (4,1%) opplevde vaginaltoppsruptur. Lavere BMI, yngre alder og lengre operasjonstid var signifikante risikofaktorer for vaginaltoppsruptur i multivariate analyser. Justert odds ratio (OR) med 95% konfidensintervall (KI) var for hver enhet reduksjon i BMI OR 1,17, 95% KI 1,04-1,31, for hvert år lavere alder OR: 1,06, 95% KI 1,01-1,12, og for hvert minutt lengre operasjonstid OR: 1,01, 95% KI 1,001-1,02. Røyking var ikke signifikant.

**Konklusjon:** Vi fant, i tråd med tidligere forskning, at lavere BMI og yngre alder er signifikante risikofaktorer for vaginaltoppsruptur. En tidligere studie viste at risikoen øker med økende kompleksitet av kirurgi. Dette er i tråd med vårt funn der lengre operasjonstid øker risikoen. I motsetning til tidligere studier fant vi ingen effekt av røyking.

# Mange fertilitetspasienter ønsker monitorering hos sin faste gynekolog.

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

Fertilitetsbehandling

Ny behandling: Eggfrys

Eggdonasjon

Du finner oss på Helsenett



✓ Samarbeider med gynekologer til fertilitetspasientens beste.

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

✓ Etablér et kundeforhold til nye kunder i ditt område.

✓ Kontakt Jon Hausken direkte: [jon@klinikkhausken.no](mailto:jon@klinikkhausken.no)

## A7 Clinical examination for identifying low-risk pregnancies suitable for expectant management beyond 40-41 gestational weeks: Maternal and fetal outcomes

Murzakanova, Gulim<sup>1,2</sup>, Räisänen, Sari<sup>3</sup>, Jacobsen, Anne F.<sup>1,2</sup>, Yli, Branka M.<sup>1</sup>, Tingleff, Tiril<sup>4</sup>, Laine, Katariina<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup> Department of Obstetrics, Oslo University Hospital, Norway

<sup>2</sup> Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

<sup>3</sup> Laurea University of Applied Sciences, Vantaa, Finland

<sup>4</sup> Department of Obstetrics, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

<sup>5</sup> Norwegian Research Centre for Women's Health, Oslo University Hospital, Norway

**Background:** There is an ongoing discussion whether benefits of term elective labor induction outweigh its harms.

**Objective:** To evaluate the utility of a comprehensive clinical examination in identifying low-risk pregnancies suitable for expectant management beyond 40–41 gestational weeks and to compare their outcomes with earlier labor induction by indication.

**Methods:** All pregnant women (n=722) with  $\geq 40+0$  gestational weeks referred to Ullevål, Oslo University Hospital, between January 28-September 4, 2021, were included in this prospective cohort. The study population was divided into the primary induction group (induction before 42+0 gestational weeks) and the expectant management group (spontaneous labor onset or induction at 42+0 gestational weeks), by decision based on a primary consultation. The chi-square test and logistic regression were applied. The outcome measures were composite adverse fetal outcome (admission to a neonatal intensive care unit, metabolic acidosis, or Apgar score  $<7$  at 5 minutes), treatment with intrapartum antibiotics, intrapartum maternal fever  $\geq 38^\circ\text{C}$ , intrapartum cesarean section, and postpartum hemorrhage  $\geq 1500$  ml.

**Results:** There were no significant differences between the study groups (primary induction group as reference) in: composite adverse fetal outcome (OR=2.29, 95% CI=0.92–5.68;  $p=0.07$ ), intrapartum cesarean section (OR=1.00, 95% CI=0.64–1.56;  $p=1.00$ ), postpartum hemorrhage  $\geq 1500$  ml (OR=1.89, 95% CI=0.92–3.90;  $p=0.09$ ), intrapartum maternal fever  $\geq 38^\circ\text{C}$  (OR=1.26, 95% CI=0.83–1.93;  $p=0.28$ ), or treatment with intrapartum antibiotics (OR=1.25, 95% CI=0.77–2.02;  $p=0.37$ ).

**Conclusion:** A comprehensive clinical examination at 40–41 gestational weeks can identify pregnancies that might be managed expectantly until 42 gestational weeks obtaining similar outcomes to those induced earlier.

## A8 Fødselsopplevelse med proaktiv fødselshjelp (PAF) versus standard fødselshjelp i latensfasen - en randomisert kontrollert studie

Larsen, Marit<sup>1,2</sup>, Underdal, Maria<sup>1,2</sup>, Sadat, Negin<sup>2</sup>, Laache Ingebjerg<sup>2</sup>, Fehn, Møyfrid B.<sup>2</sup>, Dahlø, Raija<sup>1</sup>, Bernitz, Stine<sup>3</sup>, Vanky, Eszter<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

<sup>2</sup> Avdeling for obstetikk og gynekologi, St. Olavs Hospital, Trondheim Universitetssykehus,

<sup>3</sup> Institutt for Sykepleie og Helsefremmende arbeid, OsloMet

**Bakgrunn:** Økende fødselsangst og keisersnittsrater er en global obstetrisk utfordring. Negativ erfaring fra første fødsel kan bidra til ønske om keisersnitt ved neste svangerskap. Omtrent 10 % av førstegangsfødende opplever lang latensfase, noe som gir høyere risiko for operativ forløsning, blødning, asfyksi og negativ fødselsopplevelse. Økende alder, overvekt og helseproblemer hos gravide krever tilpasset fødselsomsorg, spesielt for førstegangsfødende med lang latensfase.

**Mål:** Å sammenligne fødselsopplevelse mellom proaktiv støtte under fødsel (PSL) og standard støtte under fødsel (SSL) i latensfasen. Det sekundære målet er å utforske den mulige effekten av fødselstid på fødselsopplevelse.

**Metode:** En prospektiv, randomisert, klinisk studie fra Trondheim, med førstegangsfødende som deltok i studien "Proaktiv versus standard støtte under fødsel" og fylte ut Childbirth Experience Questionnaire (CEQ). CEQ-score ble sammenlignet i PSL- og SSL-gruppen ved bruk av Mann-Whitney-U-test.

**Resultater:** Totalt returnerte 305 (85%) av 356 kvinner CEQ. Vi fant ingen signifikant forskjell i total CEQ-score eller de fire domenscore mellom PSL-gruppen (n=172) versus SSL-gruppen (n=133) ( $p$ -verdi = 0.884). Den totale CEQ-scoren var ikke signifikant forskjellig mellom de som hadde en fødselsvarighet på mindre enn 12 timer ( $p$ -verdi= 0.858) og de som hadde mer enn 12 timer ( $p$ -verdi= 0.308).

Mors ønske om fødselsmetode i en hypotetisk senere graviditet viste ingen signifikant forskjell mellom gruppene, med 8 (4%) kvinner i PSL-gruppen og 11 (8%) i SSL-gruppen som foretrakk keisersnitt.

**Konklusjon:** Proaktiv støtte under fødsel viste ingen signifikant forskjell på fødselsopplevelsen sammenlignet med standard støtte i den latensfasen. Begge grupper rapporterte høy grad av generell tilfredshet med fødselsopplevelse, uavhengig av randomisering.



## A9 Immunprofilering avdekker tre ulike sykdomsgrupper ved kalkulert høy risiko for preeklampsi i første trimester

Svoren, Åse T. R.,<sup>1,2</sup> Jarmund, Anders H.,<sup>1</sup> Skråstad, Ragnhild B.<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim

<sup>2</sup>Avdeling kvinner, barnemedisin og habilitering, Ålesund sjukehus, Helse Møre og Romsdal

<sup>3</sup>Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim

<sup>4</sup>Forskningsavdelingen, Stavanger Universitetssjukehus

<sup>5</sup>Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim

**Bakgrunn:** Kombinert screening for preeklampsi kalkulerer risiko på bakgrunn av anamnese, blodtrykk, blodprøve (placental growth factor) og blodstrøms-målinger (pulsatilitetsindeks) i uterinarteriene i første trimester. Hypertensive sykdommer i svangerskapet har imidlertid et bredt klinisk spekter med overlappende subgrupper og en sterk immunologisk komponent.

**Mål:** Formålet med studien var å undersøke variasjon i immunstatus og sykdomsutvikling ved høy risiko for preeklampsi i første trimester.

**Metode:** Screentox-studien ved St. Olavs hospital (2010–2012) gjennomførte kombinert screening for preeklampsi i første trimester med risiko-kalkulatoren fra Fetal Medicine Foundation (v2.8). Cytokiner i maternelt serum ble analysert med Bio-Plex Pro Human Cytokine 27-plex Assay, hierarkisk klyngeanalyse og lineære modeller.

**Resultater:** Av 576 svangerskap hadde 11% (n=65) høy risiko for preeklampsi i første trimester og av disse utviklet 15% preeklampsi og 15% gestasjonshypertensjon (GH), mot hhv. 3% og 2% i lavrisiko-gruppen. Screeningens identifiserte 71% av hypertensive sykdommer før uke 37, 58% i uke 37–40 og 21% etter uke 40. Hele 69% med høy risiko utviklet ikke sykdom. Cytokin-profilering av kohorten avdekket en tredeling av høyrisiko-svangerskapene: Immun Høy (n=12), Immun Moderat (n=43), og Immun Lav (n=10). I Immun Høy-gruppen fikk 33% GH, men ingen utviklet preeklampsi. Immun Moderat-gruppen hadde forekomst av 12% preeklampsi og 14% GH. Immun Lav-gruppen hadde lavere BMI og 50% utviklet preeklampsi.

**Konklusjon:** Kombinert screening for preeklampsi identifiserte en høyrisikogruppe hvor like mange utviklet preeklampsi og GH. Immunprofilering identifiserte en tredeling av høyrisikogruppen med ulike sykdomsprofiler og kan vise seg nyttig som tillegg til kombinert screening for mer målrettet oppfølging av gravide med høy risiko.

## A10 Nøytrofile ekstracellulære feller (NETs) og deoksyribonuklease (DNase) i maternell sirkulasjon korrelerer med markører for placenta-dysfunksjon og maternelt blodtrykk ved preeklampsi

Sundet, Birgitte K.,<sup>1,2</sup> Sugulle, Meryam,<sup>1,2</sup> Jacobsen, Daniel P.,<sup>1,2</sup> Balakumaran, Shahana,<sup>1,2</sup> Fjeldstad, Heidi S.,<sup>1,2</sup> Bratseth, Vibeke,<sup>1,3</sup> Staff, Anne Cathrine,<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

<sup>2</sup>Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

<sup>3</sup>Oslo Senter for klinisk hjerteforskning, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

**Bakgrunn:** Nøytrofile ekstracellulære feller (NETs) skilles ut fra aktiverte nøytrofile granulocytter, og består av et nettverk av DNA-tråder og proteiner. NETs er stabile strukturer, men kan brytes ned av deoksyribonuklease (DNase). NETs kan indusere endoteldysfunksjon, og enkeltstudier har vist at NETs er økt ved preeklampsi, som kjennetegnes av både placenta-dysfunksjon og maternell endoteldysfunksjon.

**Mål:** Studere om NETs-markøren citrullinert histon H3 (CitH3) og DNase i sirkulasjonen er assosiert med markører for placenta-dysfunksjon (placental growth factor (PGF), soluble fms-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1)) og maternelt blodtrykk ved preeklampsi.

**Metode:** Serum og plasma fra gravide med tidlig- (fødsel <34 uker, n=50) og sen preeklampsi (fødsel ≥34 uker, n=68), og normotensive, euglykemiske kontroller (n=243) ble analysert for CitH3, DNase, PIGF, sFlt-1 ved ELISA. Blodtrykk ble målt ved blodprøvetaking. Mann Whitney U og Spearmans rho (rs) ble vurdert signifikant ved p<0,05.

**Resultater:** Median CitH3 var lavere ved tidlig- og sen preeklampsi sammenlignet med kontroller (1,57 og 1,97 ng/ mL vs 3,2 ng/ mL, begge p<0,001). Median DNase var lavere ved tidlig preeklampsi sammenlignet med kontroller (93,4 ng/mL vs 105,4 ng/ mL, p=0,044). CitH3 korrelerte signifikant med sFlt-1 (rs=-0,249, p=0,011), og DNase med systolisk- (rs=-0,276, p=0,003) og diastolisk blodtrykk (rs=-0,397, p<0,001) i den totale preeklampsigruppen.

**Konklusjon:** Resultatene antyder lavere sirkulerende NETs-nivåer ved preeklampsi. Negativ korrelasjon mellom CitH3 og sFlt-1 antyder sammenheng mellom reduserte NETs-nivåer og økt placenta-dysfunksjon, og kan skyldes NETs-opphopning ekstravasalt. Reduserte DNase-nivåer ved tidlig preeklampsi og markant negativ korrelasjon mellom DNase og blodtrykk antyder at redusert nedbrytningsevne av NETs kan føre til økt maternell endoteldysfunksjon.

# Now approved for the treatment of 1L advanced/recurrent endometrial cancer<sup>1,2</sup>

One study – two regimens<sup>1–3</sup>

**IMFINZI<sup>®</sup> (durvalumab) + carboplatin/paclitaxel followed by maintenance treatment with:**

**IMFINZI<sup>®</sup> Regimen for dMMR EC tumours<sup>1</sup>**

**LYNPARZA<sup>®</sup> (olaparib) + IMFINZI<sup>®</sup> Regimen for pMMR EC tumours<sup>2</sup>**

**IMFINZI<sup>®</sup>** i kombinasjon med karboplatin og paklitaxel er indisert som førstelinjebehandling hos voksne med primær avansert eller tilbakevendende endometriekreft som er kandidater for systemisk behandling, etterfulgt av vedlikeholdsbehandling med:

- **IMFINZI<sup>®</sup>** som monoterapi ved endometriekreft som er mismatch repair deficient (dMMR).
- **IMFINZI<sup>®</sup>** i kombinasjon med olaparib ved endometriekreft som er mismatch repair proficient (pMMR).

EC=Endometrial Cancer.

Referanser: 1. IMFINZI<sup>®</sup> SmPC. 2. LYNPARZA<sup>®</sup> SmPC. 3. Westin SN, et al. J Clin Oncol 2023;42:283–99.

#### IMFINZI<sup>®</sup> – Viktig informasjon

**Endometriekreft:** IMFINZI<sup>®</sup> (durvalumab) binder programmert celledød-ligand-1 (PD-L1) og blokkerer interaksjonen mellom PD- L1 og reseptorene for programmert celledød-1 (PD-1) og B7-1. Blokkerer selektivt interaksjonen mellom PD-L1 og PD-1 og B7-1. Selektiv blokkering forsterker immunsystemets antitumorrespons og øker T-celleaktivering. Induserer ikke antistoffavhengig celledøddiagnostisk cytotoxiskitet (ADCC).  
**DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE:** Pasienter med endometriekreft skal evalueres for behandling basert på tumorens MMR-status som bekreftet ved hjelp av en validert test. IMFINZI<sup>®</sup> administreres som en intravenøs infusjon i løpet av 1 time. Den anbefalte dosen for endometriekreft: 1120 mg i kombinasjon med karboplatin og paklitaxel hver 3. uke (21 dager) i minimum 4 og opptil 6 sykluser, etterfulgt av IMFINZI<sup>®</sup> 1500 mg hver 4. uke som monoterapi (dMMRpasienter) eller i kombinasjon med olaparib 300 mg to ganger daglig (pMMRpasienter). Dosereduksjon ved kroppsvekt 30 kg eller lavere. Behandlingsvarighet: inntil sykdomsprogresjon eller uakseptabel toksisitet. **Forsiktighetsregler:** Ved mistanke om immunmedierte bivirkninger, bør det utføres tilstrekkelig evaluering for å bekrefte etiologien. Retningslinjer for håndtering av immunmedierte bivirkninger er beskrevet i preparatomtalen. Pasienter bør overvåkes for tegn og symptomer på infusjonsrelaterte reaksjoner. **De vanligste bivirkningene med IMFINZI<sup>®</sup> som monoterapi** var hoste/produktiv hoste, diaré, utslett, artralgi, pyreksi, øvre luftveisinfeksjoner, abdominalsmerter, pruritus og hypotyrose. **De vanligste bivirkningene med IMFINZI<sup>®</sup> i kombinasjon med platinabasert kjemoterapi** etterfulgt av IMFINZI<sup>®</sup> i kombinasjon med olaparib 300 mg to ganger daglig var anemi, kvalme, fatigue, perifer nevropati, alopeci, nøytropeni, forstoppelse, trombocytopeni, diaré, oppkast, artralgi, utslett, abdominalsmerter. **Immunmedierte bivirkninger:** Følgende immunmedierte bivirkninger har blitt observert hos pasienter som har blitt behandlet med IMFINZI<sup>®</sup>: Pneumonitt, hepatitt, kolitt, hypotyrose, hyperthyreose, tyreoiditt, binyrebarksvikt, diabetes mellitus type 1, pofysitt/hypopituitarisme, nefritt, utslett eller dermatitt, myokarditt, myasthenia gravis, transvers myelitt, myositt, polymyositt, meningitt, encefalitt, Guillain-Barrés syndrom, immunologisk trombocytopeni, immunmediert artritt, uveitt og ikke-infeksjos cystitt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Durvalumab kan skade fosteret, og anbefales ikke under graviditet og til fertile kvinner som ikke bruker sikker prevensjon under og i minst 3 måneder etter behandling. Amming skal opphøre eller behandling med durvalumab skal avsluttes/avstås fra. **PRIS, REFUSJON OG FORSKRIVNINGSGREGLER** Pakninger og priser (AUP) Konsentrat til infusjonsvæske. Hetteglass: 2,4 ml (120 mg): kr 8269,90. 10 ml (500 mg): kr 33794,30. Refusjon: H-resept. Refusjonsberettiget bruk: Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonale faglige retningslinjer og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. **Vilkår:** (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Markedsføringsinnhaver: AstraZeneca AS, Karvesvingen 7, 0579 Oslo, tel. 21006400. NO-12751-08-24-ONC. For forskrivning av IMFINZI, se FK-tekst eller SPC på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no).

#### LYNPARZA<sup>®</sup> – Viktig informasjon

**LYNPARZA<sup>®</sup> (olaparib)** er en potent hemmer av humane poly (ADP-ribose) polymerase (PARP-1, PARP-2 og PARP-3)-**enzym**. Hemmer veksten av selekterte tumorceller i vitro og tumorvekst in vivo, enten som eneste behandling eller i kombinasjon med etablerte kjemoterapier. **Endometriekreft:** LYNPARZA<sup>®</sup> i kombinasjon med durvalumab er indisert til vedlikeholdsbehandling av voksne pasienter med primær avansert eller tilbakevendende endometriekreft som er mismatch repair proficient (pMMR), når sykdommen ikke har progrediert ved førstelinjebehandling med durvalumab i kombinasjon med karboplatin og paklitaxel. **DOSERING OG ADMINISTRASJONSMÅTE:** Før behandlingen startes, må pasientene få påvist proficient mismatch repair (pMMR)-tumorstatus ved hjelp av en validert test. Anbefalt dose av LYNPARZA<sup>®</sup> i kombinasjon med andre legemidler er 300 mg (to tabletter à 150 mg) som skal tas to ganger daglig, tilsvarende en daglig dose på totalt 600 mg. Durvalumabdosen er 1500 mg hver 4. uke i kombinasjon med LYNPARZA<sup>®</sup>, se preparatomtalen for durvalumab. **KONTRAINDIKASJONER:** Amming under behandling og i 1 måned etter den siste dosen. **FORSIKTIGHET UTVIKLES VED:** **Hematologisk toksisitet:** Blodtelling for behandlingsoppstart og deretter månedlig, er anbefalt de første 12 månedene av behandlingen og periodevis etter dette tidspunktet for å overvåke klinisk signifikante endringer av verdiene under behandling. **Myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi:** Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert under behandling med LYNPARZA<sup>®</sup>, skal LYNPARZA<sup>®</sup> seponeres og pasienten skal få hensiktsmessig behandling. **Venøse tromboemboliske hendelser:** Pasientene skal overvåkes med tanke på kliniske tegn og symptomer på venetrombose og lungemboli og behandles på medisinsk hensiktsmessig måte. **Pneumonitt:** Hvis pasienten får nye, eller en forverring av respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller et unormalt radiologisk funn observeres i brystet, bør behandling med LYNPARZA<sup>®</sup> avbrytes og utredning igangsettes raskt. **Levertoksisitet:** Dersom det utvikles kliniske symptomer eller tegn som tyder på levertoksisitet, må klinisk vurdering av pasienten og måling av leverfunksjonsprøver utføres raskt. Dersom det mistenkes legemiddelutløst leverskade (DILI), skal behandlingen avbrytes. **Fertilitet, graviditet:** Fertile kvinner må ikke bli gravide når LYNPARZA<sup>®</sup> benyttes og må ikke være gravide ved oppstart av behandlingen. Graviditetstesting bør utføres før oppstart av behandling og deretter regelmessig under behandling på alle fertile kvinner. Effekten av noen hormonelle legemidler kan reduseres ved samtidig administrasjon med LYNPARZA<sup>®</sup>. **VIKTIGE INTERAKSJONER:** Samtidig administrasjon av LYNPARZA<sup>®</sup> med kraftige eller moderate CYP3A-hemmere eller CYP3A-induktorer anbefales ikke. **VIKTIGE BIVIRKNINGER:** Ved bruk i kombinasjon med durvalumab etter behandling med durvalumab i kombinasjon med platinabasert kjemoterapi, var bivirkningene som oftest førte til doseavbrudd og/eller dose-reduksjon av olaparib: anemi, kvalme, nøytropeni, fatigue/asteni, trombocytopeni, oppkast, økt kreatinin i blod, leukopeni, nedsatt appetitt og diaré. Se SPC for mer informasjon om advarsler og forsiktighetsregler, interaksjoner og bivirkninger.

#### PRIS, REFUSJON OG FORSKRIVNINGSGREGLER

**Pakninger og priser:** Tabletter: 100 mg: 56 stk. kr 27754,60. 150 mg: 56 stk. kr 27754,60.

**Reseptgruppe C. Refusjon: H-resept.**

**Refusjonsberettiget bruk:** Der det er utarbeidet nasjonale handlingsprogrammer/nasjonale faglige retningslinjer og/eller anbefalinger fra RHF/LIS spesialistgruppe skal rekvirering gjøres i tråd med disse. **Vilkår:** (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist.

Markedsføringsinnhaver: AstraZeneca AS, Karvesvingen 7, 0579 Oslo, tel. 21 00 64 00.

Før forskrivning av LYNPARZA<sup>®</sup>, se FK-tekst eller SPC på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no).

NO-12750-08-24-ONC.

## A11 Sirkulerende nøytrofile ekstracellulære feller (NETs) etter hypertensive svangerskap og kardiovaskulære risikokalkulatorer

Balakumaran, Shahana<sup>1,2</sup>, Jacobsen, Daniel P.<sup>1,2</sup>, Sundet, Birgitte K.<sup>1,2</sup>, Bratseth, Vibeke,<sup>3</sup> Moe, Kjartan<sup>4</sup>, Sugulle, Meryam<sup>1,2</sup>, Staff, Annetine<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

<sup>2</sup> Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus

<sup>3</sup> Oslo Center for Clinical Heart Research, Oslo universitetssykehus

<sup>4</sup> Avdeling for obstetikk og fødselshjelp, Bærum sykehus, Vestre Viken helseforetak

**Bakgrunn:** Et normalt svangerskap anses som en mild inflammasjonstilstand, men hos kvinner med preeklampsi er inflammasjonsprosessen forsterket med økt rekruttering av nøytrofile granulocytter. Nøytrofile ekstracellulære feller (NETs) er nettverk-liknende komplekser av DNA-tråder, proteiner og enzymer, dannet av aktiverte nøytrofile granulocytter. NETs kan bidra til kardiovaskulær sykdom ved å stimulere til trombosedannelse og blokkering av småkar, som DNase kan nedbryte. Vår hypotese er at NETs bidrar til assosiasjonen mellom hypertensive svangerskapskomplikasjoner og økt risiko for maternell kardiovaskulær sykdom.

**Mål:** Undersøke NETs og DNase-nivåer 1 og 3 år etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner, og korrelere nivåene med kardiovaskulære risikokalkulator-utregninger.

**Metode:** Hos 202 kvinner 1 og 3 år etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner (173 preeklampsi og 56 svangerskaphypertensjon) og 133 kontroller etter normotensive og euglykemiske svangerskap undersøkte vi NETs-markøren citrullinert histon H3 (CitH3) i serum og DNase i plasma med ELISA. Risikokalkulatorene PREVENT og Framingham 30 ble brukt for å beregne langtidsrisiko for kardiovaskulær sykdom. Ikke-parametriske metoder som Mann-Whitney og Spearman ble anvendt. P-verdi < 0.05 vurderes signifikant.

**Resultater:** NETs-markøren CitH3 var signifikant høyere i gruppen med tidligere preeklampsi sammenliknet med kontroller (median 1.69 vs 1.35 ng/ml, p=0.049). DNase-nivåene var ikke signifikant forskjellige. Median Framingham 30 (8% vs 6%, p=0.006)- og PREVENT (1.6% vs 1.0%, p=0.027)-risikoskår var signifikant høyere hos kvinner med tidligere svangerskaphypertensjon sammenliknet med kontroller, men viste ingen korrelasjon med NETs-nivåer.

**Konklusjon:** Sirkulerende NETs-nivå var høyere 1 og 3 år etter preeklampsi enn hos kontroller, mens DNase-nivået var tilsvarende. Hvorvidt økte NETs-nivåer bidrar til den epidemiologiske assosiasjonen mellom preeklampsi og kardiovaskulær sykdom hos disse kvinnene er uavklart.

## A12 Kardiovaskulær struktur og funksjon etter preeklampsi: effekten av kjønnsuavhengige og svangerskapsspesifikke risikofaktorer

Klepp, Kristina<sup>1,2\*</sup>, Moe, Kjartan<sup>2,3\*</sup>, Ziesler, Charlotte P. Ø.<sup>1,2</sup>, Angel, Kristin<sup>4</sup>, von Lueder, Thomas G.<sup>5</sup>, Sugulle, Meryam<sup>1,2</sup>, Staff, Annetine<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

<sup>2</sup> Kvinneklinikken, Ullevål, Oslo universitetssykehus

<sup>3</sup> Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Bærum sykehus, Vestre Viken helseforetak

<sup>4</sup> Avdeling for kardiologi, Akershus universitetssykehus

<sup>5</sup> Avdeling for kardiologi, Oslo universitetssykehus

\* Delt førsteforfatterskap

**Bakgrunn:** Kvinner med hypertensive svangerskapskomplikasjoner har økt risiko for prematur kardiovaskulær sykdom. Underliggende mekanismer, og effekten av kjønnsuavhengige og svangerskapsspesifikke risikofaktorer, er ikke fullstendig kartlagt.

**Mål:** Å undersøke kardiovaskulær struktur og funksjon hos kvinner de første årene etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner, sammenliknet med kvinner uten slike svangerskapskomplikasjoner.

**Metode:** Vi utførte ekkokardiografi hos 101 kvinner 1-3 år etter hypertensive svangerskapskomplikasjoner (n=66) og normotensive svangerskap (n=35) ved Oslo universitetssykehus. Uni- og multivariate regresjonsanalyser ble brukt for å vurdere assosiasjoner mellom tidligere svangerskapskomplikasjoner og diastolisk funksjon/venstre ventrikkels relative veggtykkelse. Vi justerte for alder, BMI, blodtrykk, røyking, arv, paritet og gestasjonslengde. P-verdi < 0.05 ble ansett som statistisk signifikant.

**Resultater:** Vi fant endret kardiovaskulær profil 1-3 år etter preeklampsi sammenliknet med kvinner etter normotensive svangerskap, inkludert høyere forekomst av hypertensjon (17,2% vs 2,9%, p=0,04) og høyere total vaskulær motstand (1561 dyne\*sek/cm<sup>5</sup> vs 1374 dyne\*sek/cm<sup>5</sup>, p<0,01). Assosiasjonene kunne delvis forklares av kjønnsuspesifikke og svangerskapsspesifikke risikofaktorer, og var ikke lenger signifikante etter justering. Kvinner med gjennomgått preeklampsi hadde også signifikant mer venstre ventrikkel-remodellering (RWT-relative wall thickness), også etter justering for kjente kardiovaskulære risikofaktorer (R<sup>2</sup>=0,23, p=0,02).

**Konklusjon:** Assosiasjonen mellom tidligere hypertensive svangerskapskomplikasjoner og kardiovaskulær remodellering 1-3 år etter svangerskapet kan i store trekk forklares av uheldige nivåer av kardiovaskulære risikofaktorer hos disse kvinnene. Våre funn underbygger behovet for å følge kardiovaskulær sykdomsutvikling hos kvinner etter gjennomgått preeklampsi, og at denne høyrisikogruppen bør tilbys primærpreventiv behandling for hjerte- og karsykdom. Ekkokardiografi gir antakeligvis lite tilleggsinformasjon utover kjente risikofaktorer i risikostratifisering de første årene etter svangerskap hos klinisk friske kvinner.

## A13 Vevsuforlikelighet mellom mor og barn påvirker antall fosterceller i mors sirkulasjon etter normotensive svangerskap

Staff, Annetine<sup>1,2</sup>, Fjeldstad, Heidi E.<sup>1,2</sup>, Olsen, Maria B.<sup>2,3</sup>, Sugulle, Meryam,<sup>1,2</sup>, Jacobsen, Daniel P.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus

<sup>2</sup> Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

<sup>3</sup> Institutt for indremedisinsk forskning, Oslo universitetssykehus

**Bakgrunn:** Fosterceller med stamcelleliknende egenskaper går over til moren under svangerskapet. Slike fosterceller kan bli værende lenge i ulike vev og er assosiert med autoimmunitet. Vi har vist at placentadysfunksjon, alvorlig hypertensjon og blodglukosekontroll påvirker antall fostercelles hos gravide. Det er ukjent hvilke faktorer som påvirker tilstedeværelsen av fosterceller etter svangerskap.

**Mål:** Er forskjeller i vevstype mellom mor og barn assosiert med endret forekomst av fosterceller etter svangerskap?

**Metode:** Vi inkluderte 59 kvinner 1-8 år etter normotensive svangerskap. Maternelt og føtalt DNA ble genotypet for HLA-klasse I og II. Fosterceller i maternelt blod ble påvist ved qPCR rettet mot de arvede allelene fra far (som mor mangler). Molekylær vevsuforlikelighet mellom mor og barn, sett fra morens perspektiv, ble kvantifisert med to systemer (antistoff-verifisert eplet mismatch og PIRCHE-skår).

**Resultater:** Sirkulerende fosterceller fra indekssvangerskapet ble påvist hos 25% av kvinnene. Vi fant at større vevsuforlikelighet mellom mor og barn korrelerte med lavere forekomst av fosterceller i sirkulasjonen. Denne assosiasjonen var signifikant ( $p < 0.05$ ) for begge de implementerte systemene, som kvantifiser sannsynligheten for aktivering av henholdsvis mors B-celler og T-celler i respons på fosterets vevstype.

**Konklusjon:** Våre data indikerer at graden av vevsuforlikelighet mellom mor og barn påvirker forekomsten av fosterceller i mors sirkulasjon, muligens ved at mors immunforsvar klarer fosterceller. Dette kan dermed tenkes å påvirke den langvarige effekten fosterceller kan ha på mors helse, inkludert fremtidig autoimmunitet og kardiovaskulær helse. Fremtidige studier bør undersøke om gjenkjenning av «fremmede» fosterceller kan aktivere mors immunsystem og rette det mot vev som innehar fosterceller.

## A14 Baby Segmentation Tool - Et kunstig intelligens (KI)-verktøy for rask og nøyaktig måling av fosterets og morkakas størrelse

Kulseng, C.P.S.<sup>1,2</sup>, Hillestad, V.<sup>1,3</sup>, Eskild, A.<sup>1,4</sup>, Sommerfeldt, S.<sup>1</sup>, Gjesdal, K. I.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus

<sup>2</sup> Sunnmøre MR-klinikk, Ålesund

<sup>3</sup> Divisjon for bildediagnostikk, Akershus universitetssykehus

<sup>4</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**Introduksjon:** Morkakestørrelsen er ikke mulig å sikkert måle ved ultralyd, og fosterstørrelsen kan ha målefeil. Magnetic resonance imaging (MR) kan fremstille hele graviditeten, men manuell beregning av morkake- og fostervolum er tidkrevende.

**Mål:** Å utvikle en kunstig intelligens (KI)-metode for måling av fosterets og morkakas størrelse basert på MR-bilder av svangerskap.

**Metode:** Vi tok MR-opptak av rundt 100 graviditeter i svangerskapsuke 27 og 37. Hvert MR opptak ble oppstykket i tverrsnitt med 5 millimeters mellomrom. I hvert tverrsnittsbilde ble omrisset av morkaken og fosteret tegnet manuelt og ga grunnlaget for utregning av fostervolum og morkakevolum.

163 MR-opptak ble brukt til å trene det nevrale nettverket (dataprogrammet) til å gjenkjenne foster- og morkakevev. 20 opptak ble brukt til å teste om det nevrale nettverket klarte å rekonstruere morkake og foster, og 10 opptak ble brukt til å sammenlikne med fasitvolumene.

**Resultater:** Ved manuell beregning var gjennomsnittlig morkakevolum ved svangerskapsuke 27  $571 \text{ cm}^3$  (Standard Deviation (SD)  $293 \text{ cm}^3$ ), og i svangerskapsuke 37 var morkakevolumet  $853 \text{ cm}^3$  (SD  $186 \text{ cm}^3$ ). Fostervolumet var henholdsvis  $979 \text{ cm}^3$  (SD  $117 \text{ cm}^3$ ) og  $2715 \text{ cm}^3$  (SD  $360 \text{ cm}^3$ ). Den beste nevrale nettverksmodellen ble oppnådd etter 22 000 iterasjoner, Dice Score Coefficient 0.925 (SD 0.041). Det nevrale nettverket beregnet gjennomsnittlig morkakevolum og fostervolum omtrent likt som den manuelle målingen.

**Konklusjon:** Tiden som ble brukt for manuell beregning av morkake- og fostervolum var 60-90 minutter, mens det nevrale nettverket kom til samme svar etter 10 sekunder. Vi vil vise med bilder og film hvordan MR opptak av foster og morkake settes sammen til 3D-bilder.



## A15 Longitudinelle referanseverdier for forholdet mellom pulsatil index i arteria adrenalis inferior, arteria cerebri media og arteria umbilikal

Bergøy, Øystein<sup>2</sup>, Espeseth, Eirild<sup>2</sup>, Kiserud, Torvid<sup>1,3</sup>, Kessler, Jörg<sup>1,3</sup>, Dalen, Ingvild<sup>4,5</sup>, Sande, Ragnar K.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

<sup>2</sup> Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssjuehus

<sup>3</sup> Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjuehus

<sup>4</sup> Universitetet i Stavanger

<sup>5</sup> Forskingsavdelinga, Stavanger Universitetssjuehus

**Bakgrunn:** Dyrestudier viser at binyrene er fosterorganet som får størst auke i blodtilførsel ved placentasvikt. Blodstrømmål med hjelp av Doppler står sentralt i diagnostikken og monitoreringa av veksthemma foster. Ratioar som kombinerer blodstrømmål frå ulike kar kan auka presisjonen av slike Doppler-undersøkingar. Vi ville konstruere ein ratio som kombinerer blodstrømmål i umbilikalarteriene (AU), arteria cerebri media (ACM) og arteria adrenalis inferior (AAI), og kartlegge korleis denne fordeler seg gjennom svangerskapet i ein lågrisikopopulasjon.

**Mål:** Etablere referanseverdier for umbiliko-cerebro-adrenal-ratio (UCAR).

**Metode:** Dette var ein prospektiv longitudinell observasjonsstudie utført mellom juni 2020 og mai 2023 ved Stavanger Universitetssjuehus der 145 gravide med lågrisikosvangerskap blei undersøkt 1-6 gonger frå og med svangerskapsveke 19 og til fødsel. Me registrerte PI i AAI, ACM og AU. For AAI brukte me ein Doppler-teknikk me nyleg har utvikla. Referanseverdier blei laga med kvantil regresjon for gestasjonsvekene i svangerskapets siste halvdel. Umbiliko-cerebro-adrenal-ratio blei kalkulert med formelen:

**Resultater:** Umbiliko-cerebro-adrenal-ratioen har ein U-form med høgaste verdier rundt veke 20 og mot slutten av svangerskapet. Nadir var ved svangerskapsveke 31 og 32 med ein medianverdi på 0.41. 95-persentilen låg nesten alltid under 1.0 med unntak av svangerskapsvekene 19, 20 og 41. Differansen mellom 95- og 5-persentilane varierte mellom 0.34 og 0.53 fram til svangerskapsveke 37.

**Konklusjon:** Me har definert og laga referanseverdier for umbiliko-cerebro-adrenal-ratio som kombinerer PI i AU, ACM og AAI. Ratioen mogleggjer vidare utforsking av binyreararteriene si rolle i diagnostikken og oppfølginga ved intrauterin veksthemming.

## A16 Growth restriction in the offspring of mothers with polycystic ovary syndrome - data from the PregMet and MoBa studies

Talmo, Maren S. Aa.<sup>1,†</sup>, Fløysand, Ingvild S.<sup>1,†</sup>, Nilsen, Guro Ø.<sup>2</sup>, Løvvik, Tone S.<sup>1,3</sup>, Ødegård, Rønnaug<sup>1,4</sup>, Juliusson, Petur B.<sup>5,6,7</sup>, Simpson, Melanie R.<sup>8,\*</sup>, Vanky, Eszter<sup>1,3,\*\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Clinical and Molecular Medicine, Faculty of Medicine and Health Sciences, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway.

<sup>2</sup> St Olavs Hospital, University Hospital of Trondheim, Trondheim, Norway.

<sup>3</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, St. Olavs Hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norway.

<sup>4</sup> Centre for Obesity Research, St Olavs Hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norway.

<sup>5</sup> Department of Health Registry Research and Development, National Institute of Public Health, Bergen, Norway.

<sup>6</sup> Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, Norway.

<sup>7</sup> Department of Paediatric and Adolescent Medicine, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway.

<sup>8</sup> Department of Public Health and Nursing, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway.

\*Contributed equally as first authors

\*\*Contributed equally as senior authors

**Background:** Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a common endocrine disorder, characterized by subfertility, increased risk of metabolic diseases, and pregnancy complications. Previous studies diverge regarding the association between maternal PCOS and newborn anthropometrics.

**Objective:** To explore the association between maternal PCOS and newborn anthropometrics and the modifying effects of maternal body mass index, PCOS phenotype, and gestational diabetes. Main outcomes were offspring birthweight, birth length, head circumference, and their respective z-scores, and ponderal index, placenta weight, and birthweight-to-placenta-weight (BWPW) ratio.

**Method:** Post-hoc analysis of 390 pregnancies in women with PCOS compared to 68 708 pregnancies from the Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. Singleton pregnancies with liveborn children were analyzed. Multivariable linear regression with adjustment for potential confounders were used to compare anthropometrics according to PCOS status. Subgroup analyses explored the effect of maternal body mass index, PCOS phenotypes and presence of gestational diabetes.

**Results:** PCOS offspring were lighter, shorter and had a smaller head circumference. The estimated mean differences in z-scores were: birthweight -0.26 (95% CI -0.38 to -0.14), p-value <0.001; birth length -0.19 (-0.33 to -0.05), p-value 0.009; and head circumference -0.13 (-0.26 to -0.01), p-value 0.04. The PCOS group had lower ponderal index and placenta weight, and higher BWPW ratio. In the overweight and obese groups, the association between growth restriction and PCOS was more apparent. PCOS phenotype or gestational diabetes did not modify neonate anthropometry.

**Conclusions:** PCOS is associated with growth restriction in the fetus, which is more pronounced in mothers with overweight or obesity.

## A17 Assosiasjon mellom føtal posisjon ved fødsel og varighet av aktiv fødsel

Birgitte Eide<sup>1,2</sup>, Ragnar Kvie Sande<sup>1,2</sup>, Phillip von Brandis<sup>1</sup>, Jørg Kessler<sup>2,3</sup>, Christian Tappert<sup>4</sup>, Torbjørn Moe Eggebo<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken i Stavanger

<sup>2</sup>Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

<sup>3</sup>Kvinneklivnikken i Bergen

<sup>4</sup>Kvinneklivnikken St Olavs Hospital

<sup>5</sup>Institutt for klinisk og molekylærmedisin, NTNU

**Bakgrunn:** Det er kjent fra klinisk erfaring at fødsler fra occiput posterior posisjon tar lengre tid og er assosiert med større risiko for komplikasjoner enn fødsler fra occiput anterior posisjon. Det er imidlertid mangel på nyere studier som dokumenterer og kvantiserer dette i en moderne obstetriske populasjon.

**Mål:** Vi ville kartlegge sammenhengen mellom føtal posisjon ved fødsel og varighet av aktiv fødsel ved hjelp av overlevelsesanalyser, hvor vi sensurerte operative forløsninger i aktiv fødsel.

**Metode:** Vi gjennomførte en retrospektiv kohortstudie med fødende i Robson gruppe 1-4 fra St Olav, Haukeland og Stavanger Universitetssykehus i perioden 2012-2022. Vi estimerte gjennomsnittlig varighet og hazard ratio for forløsning ved hjelp av overlevelsesanalyser, og sensurerte sectio og vaginaloperative forløsninger. Vi så også på risiko for operative forløsninger og sfinkterskader i forhold til føtal posisjon, og stratifiserte kvinnene i forhold til bruk av epiduralanestesi og oxytocinstimulering.

**Resultater:** Vi analyserte data fra 112 019 fødsler, 105 571 (94,2%) fra occiput anterior og 6448 (5,8%) fra occiput posterior. Estimert gjennomsnittlig varighet av aktiv fase av fødselen var lengre for kvinner som fødte fra occiput anterior enn fra occiput posterior for alle Robsongrupper, også når vi stratifiserte i forhold til bruk av epiduralanestesi og oxytocinstimulering. Forekomst av operative forløsninger og sfinkterskader var høyere for kvinner som fødte fra occiput anterior enn fra occiput posterior for alle Robsongrupper.

**Konklusjon:** Estimert gjennomsnittlig varighet av aktiv fase av fødselen var lengre for kvinner som fødte fra occiput anterior enn fra occiput posterior for alle Robsongrupper.

## A18 The impact of exercise: A descriptive study on pregnancy and neonatal outcomes in athletes

Sanda, Birgitte<sup>1,2</sup>, Dalhaug, Emilie M.<sup>1</sup>, Bø, Kari<sup>1,3</sup>, Brown, Wendy J.<sup>4,5</sup>, Haakstad, Lene A. H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Norwegian School of Sports Sciences, Department of Sports Medicine

<sup>2</sup>Arendal Gynekologi AS

<sup>3</sup>Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology

<sup>4</sup>University of Queensland, School of Human Movement and Nutrition Sciences

<sup>5</sup>Bond University, Faculty of Health Sciences and Medicine, Gold Coast, Australia

**Background:** Regular physical activity during pregnancy is associated with numerous health benefits. However, guidelines for elite and recreational athletes, who often exceed general recommendations regarding intensity, duration and frequency are lacking, and potential risks remain unclear.

**Aim:** This study aimed to describe pregnancy, obstetrical and neonatal outcomes in elite and recreational athletes.

**Method:** This cohort study was part of the StrongMama-project, which was carried out from October 2022 to February 2024. A total of 60 athletes took part in the project, of whom 59 completed an electronic survey during late pregnancy and 60 participated in a structured telephone interview six weeks postpartum. The collected data included exercise habits, experiences of pregnancy, and obstetrical- and neonatal outcomes. Due to the small sample size, results are presented descriptively without statistical inferences.

**Results:** The athletes maintained high exercise levels during pregnancy and most resumed exercising within six weeks postpartum. The most frequently reported pregnancy complaints were fatigue, poor-quality sleep, Braxton-Hicks, mood swings, and low back pain. Almost all participants delivered vaginally (n=57) at term (>37 weeks, n=59), of which eight were delivered by vacuum. Fifty percent of women had epidural analgesia. Thirteen had an episiotomi and none had third- or fourth-degree perineal tear. Mean birthweight was 3487 (±519.4) grams, and none had low birthweight (<2500g). Two were diagnosed with gestational diabetes and another two with hypertension during pregnancy.

**Conclusion:** High levels of exercise during pregnancy do not seem to negatively impact maternal or fetal health in Norwegian elite and recreational athletes.



**NEW**

## Be Visionary

### Innovation That Grows With You

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

For more information, please visit

[www.olympus.eu/ViseraEliteIII](http://www.olympus.eu/ViseraEliteIII)

## A19 Kasuistikk: Ovarialtorsjon i svangerskapsuke 31 – en diagnostisk og terapeutisk utfordring

Vengen, Inga Thorsen<sup>1,2</sup>; Gaski, Ragnhild Tøsse Bakken<sup>3</sup>; Bowen, Camilla<sup>2</sup>; Young, Victoria Solveig<sup>4</sup>; Salvesen, Vibeke Saltnæs<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Fostermedisinsk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet

<sup>2</sup> Fødeavdelingen, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

<sup>3</sup> Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

<sup>4</sup> Radiologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

**Sykehistorie:** 30 år gammel førstegangsfødende med høyresidige magesmerter i 3 uker og akutt forverring i uke 31+2.

Ultralyd viste «polycystisk forstørrete» ovarier ca 9x7x3 cm. Opiatkrevende smerter, innlagt og gitt celeston. Diskutert med radiolog mtp diagnostikk. CT/MR viste: *bilateralt massivt forstørrede ovarier, mistanke om «hyperreaktio luteinalis».* Ingen malignitetsmistanke. Mulig subtorsjon av det ene ovariet.

Vurdert fortløpende mtp ovarialtorsjon, men fluktuerende klinikk. Man ønsket å avvente celestoneffekt før kirurgi.

Forverring 31+4, klinikk suspekt på torsjon. Oppstart magnesium til nevroproteksjon i tilfelle forløsning. Diskutert tverrfaglig med bakvakt gyn, føde, gastrokir og anesthesi mtp operasjonsmodalitet, anestesiform og evt sectio.

### Diskusjonspunkter:

- Diagnostikk i svangerskapet – årsak til bilateralt forstørrede ovarier?
- Konservativ behandling? Unngå kirurgi for å hindre preterm forløsning? La ovariet infarsere, smertelindre?
- Kirurgisk? Laparoskopi? Laparotomi? Ooforektomi? Forløse? Hva om man går inn og ikke finner årsak til smertene?

**Behandling:** Vurdert at det var operasjonsindikasjon, men ikke tilgjengelig for laparoskopi. Besluttet mini-laparotomi i narkose, primært uten å forløse. Ukompisert laparotomi med detorkvering av torkvert og infarsert ovarium. Ovariet fikk fin sirkulasjon og ble lagt tilbake. Ukompisert postoperativt forløp.

**Fødsel:** Spontan fødselstart i uke 35+6, forløst med vakuump.

### Kontroll post partum: kommer!

*Hyperreaktio luteinalis:* sjelden tilstand med bilateralt forstørrede ovarier i graviditet, vanligst i 3. trimester. Det sees multiple tynnveggete theca lutein cyster, stimulert av HCG. Tilstanden er benign og selvbegrensende.

### Take home messages:

- Diagnostikk av gravide må ikke forringes av graviditeten
- Ovarialtorsjon kan ha fluktuerende klinikk
- *Hyperreaktio luteinalis* er en benign, selvbegrensende, tilstand
- Åpen kirurgi kan være en god løsning, også i svangerskapet

## A20 Molekylære egenskaper hos kvinner med tilbakefall av livmorkreft, en retrospektiv observasjonsstudie basert på Sensor-databasen

Teigland, Fredrikke M.<sup>1,2</sup>, Skalmerud, Line<sup>1,2</sup>, Wang, Emilie<sup>3</sup>, Staff, Annetine<sup>1,4</sup>, Wang, Yun<sup>1</sup>, Fallås Dahl, Gunn<sup>1</sup>, Eyjólfsdóttir, Brynhildur<sup>1</sup>, Eriksson, Ane Gerda Z.<sup>1,4</sup>, Bjerre Trent, Pernille<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Kreftkirurgisk avdeling, Seksjon for gynekologisk kreftbehandling, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus

<sup>2</sup> Kvinneklinikken, Gynekologisk avdeling, Ullevål Sykehus, Oslo Universitetssykehus

<sup>3</sup> Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold

<sup>4</sup> Institutt for klinisk medisin, Medisinsk fakultet, Universitet i Oslo

**Bakgrunn:** Livmorkreft er den vanligste gynekologiske kreftsykdommen i Norge. Molekylære egenskaper ved svulsten gir viktig prognostisk og prediktiv informasjon og er fra 2023 integrert som en del av FIGO staging.

**Mål:** Vi ønsket å kartlegge hyppighet av immunhistokjemiske undersøkelser hos kvinner operert fra 2006 til 2023 og som siden har residivert.

**Metode:** Pasienter ble inkludert fra Sensor-databasen, en database som omhandler livmorkreftpasienter operert ved OUS. Pasientdata og patologirapporter ble hentet fra elektronisk pasientjournal. Både primærtumor og biopsi ved residiv ble vurdert. p53, MMR-proteiner [MLH1/MSH2/MSH6/PMS2], HER2, østrogenreseptorer (ER) og progesteronreseptorer (PR) ble notert.

**Resultat:** Totalt ble 471 pasienter med residiv identifisert. Av disse hadde 394 (84%) vært undersøkt med en eller flere molekylære undersøkelser. 33% var undersøkt i primærpreparatet, 23% i residivpreparatet og 30% i både primær- og residivpreparatet, mens 17% hadde ingen molekylær analyse. 354/471 pasienter (75%) var undersøkt for ER og/eller PR. 191/471 (41%) hadde analysert p53, 44/471 pasienter (9%) var undersøkt for  $\geq 1$  MMR-proteinene. Totalt 25/471 (5%) pasienter hadde analysert HER2. Vi observerte økende undersøkelser av MMR-proteiner de siste årene.

**Konklusjon:** For pasienter operert i tidsrommet 2006–2023, som siden har residivert, har 75% undersøkt ER og/eller PR, 41% har analysert p53. Det har vært få analyser av MMR-proteiner og HER2. Med inntog av immunterapi vil det være aktuelt å teste alle som residiverer. Fordi dette nå er standard-utredning ved primærdiagnosen, vil antall pasienter som vurderes øke betraktelig med årene. Vi vil oppfordre kollegaer til å be om disse analysene spesifikt ved biopsi av livmorkreft-residiver.



## A21 Diagnostic accuracy of sentinel lymph node biopsy for surgical staging of intermediate and high-risk endometrial carcinoma

Pernille Bjerre Trent<sup>1,2</sup>, Nils Leitzinger<sup>3</sup>, Yun Wang<sup>1</sup>, Gunn Fallås Dahl<sup>1</sup>, Jørgen Fallås Dahl<sup>4</sup>, Kjersti Vassmo Lund<sup>5</sup>, Anne Cathrine Staff<sup>2,6</sup>, Ragnhild Sørum Falk<sup>3,7</sup>, Ane Gerda Z Eriksson<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dept of Surgical Oncology, Section for Gynaecological Oncology, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Oslo, Norway

<sup>2</sup>Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

<sup>3</sup>Oslo Centre for Biostatistics and Epidemiology, Department of Biostatistics, Institute of Basic Medical Sciences, University of Oslo, Oslo, Norway

<sup>4</sup>Astafjordlegen, Troms, Norway

<sup>5</sup>Department of Radiology, Oslo University Hospital, Norwegian Radium Hospital, Oslo, Norway

<sup>6</sup>Division of Obstetrics and Gynecology, Oslo University Hospital

<sup>7</sup>Oslo Centre for Biostatistics and Epidemiology, Research Support Services, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

**Background:** Sentinel lymph node biopsy (SLN) replaced lymphadenectomy (LND) for surgical staging of intermediate- and high-risk endometrial carcinoma at our institution in 2017.

**Aim:** To compare detection rates of nodal metastasis in patients with uterine-confined endometrial carcinoma staged by LND or SLN from 2006–2023, stratified by risk group.

**Methods:** This is a single center observational study. Intermediate-risk was defined as endometrioid adenocarcinoma grade 1/2 with  $\geq 50\%$  myoinvasion or grade 3 with  $< 50\%$  myoinvasion. High-risk was defined as endometrioid adenocarcinoma grade 3 with  $\geq 50\%$  myoinvasion, non-endometrioid histologies regardless of myoinvasion or stage II of any histology.

Differences in the detection frequency of nodal metastasis between LND and SLN within each risk group was assessed using a chi-square test and a multivariate logistic regression model adjusted for clinically relevant covariates.

**Results:** We included 985 patients: 346 (35%) intermediate-risk (202 LNDs and 144 SLNs) and 639 (65%) high-risk (394 LNDs and 245 SLNs).

Nodal metastasis was detected in 14% and 10% by LND and SLN ( $p=0.28$ ) in the intermediate-risk group and in 17% and 13% by LND and SLN ( $p=0.16$ ) in the high-risk group. There was no difference in the detection of nodal metastasis between staging methods for either risk group in a multivariate analysis (intermediate-risk OR 0.61 ( $p=0.18$ ) high-risk OR 0.65 ( $p=0.12$ )).

**Conclusion:** We did not observe a difference in detection of nodal metastasis when comparing staging methods for patients with intermediate- and high-risk features. SLN is reliable in detecting nodal metastasis and should be the preferred staging method for these patients.

## A22 Evaluating the usefulness of implemented biomarkers ER and PR receptor status in risk stratification to reduce percentage of lymphadenectomies in low and intermediate risk endometrial carcinoma

Sjaastad, Kristine M.<sup>1,2</sup>, Forse, David<sup>1,2</sup>, Werner, Henrica M.<sup>1,2</sup>, Woie, Kathrine<sup>2</sup>, Nordskar, Nina<sup>3</sup>, Berge Nilsen, Elisabeth<sup>4</sup>, Ellstrøm Engh, Marie<sup>5</sup>, Vistad, Ingvild<sup>6</sup>, Rege, Astri<sup>7</sup>, Sævik-Lode, Margaret<sup>8</sup>, Andreassen, Stine<sup>9</sup>, Haldorsen, Ingrid S.<sup>10</sup>, Trovik, Jone<sup>1,2</sup>, Krakstad, Camilla<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Clinical Science, Center for Cancer Biomarkers CCBIO, University of Bergen, Norway

<sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

<sup>3</sup>Department of Gynecology, St.Olav's Hospital, Trondheim, Norway

<sup>4</sup>Stavanger University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger, Norway

<sup>5</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway and University of Oslo, Faculty division Akershus University Hospital

<sup>6</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Sørlandet Hospital, Kristiansand, Norway and Clinical Institute II, Department of Clinical Science, University of Bergen, Norway

<sup>7</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, District General Hospital of Førde, Norway

<sup>8</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Møre and Romsdal Hospital Trust, Ålesund, Norway

<sup>9</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Nordland Hospital, Bodø, Norway

<sup>10</sup>Mohn Medical Imaging and Visualization Centre, Department of Radiology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway and Department of Radiology, Department of Clinical Medicine, University of Bergen, Norway

<sup>11</sup>Clinical Institute II, Department of Clinical Science, University of Bergen, Norway

**Background:** Endometrial cancer is the most common gynecological malignancy in countries with a high developmental index. Incidence is increasing globally, where an ageing population and unopposed estrogen activity are known contributing factors. Most patients are diagnosed early, reflected in high survival rates after primary surgical treatment. Given the good prognosis when treated early, personalized treatment is crucial to reduce avoidable iatrogenic injuries.

**Aim:** Primary endpoint: To assess number of recurrences after primary treatment in low and intermediate risk groups omitting lymphadenectomy when adding ER/PR status from pre-operative samples to traditional risk stratification.

**Methods:** The MOMATEC2 study is a multicenter stage 4 clinical trial including consenting patients with endometrial cancer from October 2015 to March 2024, aiming to omit lymphadenectomy or sentinel node sampling in low or intermediate risk patients with a positive hormonal receptor status defined as 30% or higher.

Statistical analyzes was completed using IBM SPSS Statistics 29.0.2 using Person's chi-square test, Fisher's exact test and Kaplan-Meier method. Comparisons were completed using Mantel-Cox (log-rank) test.

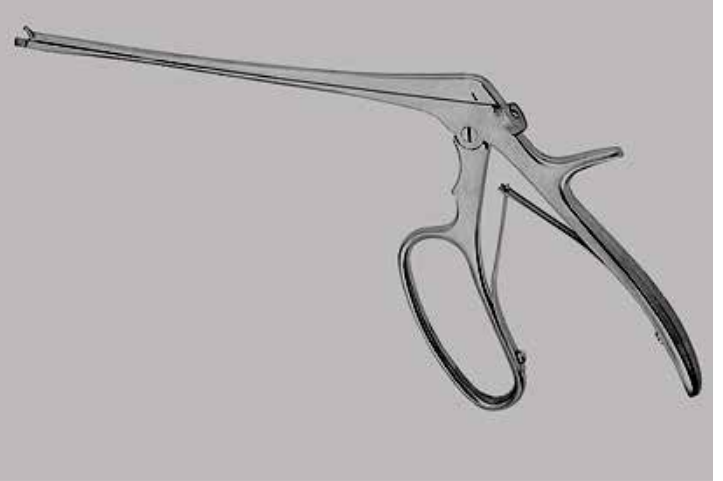
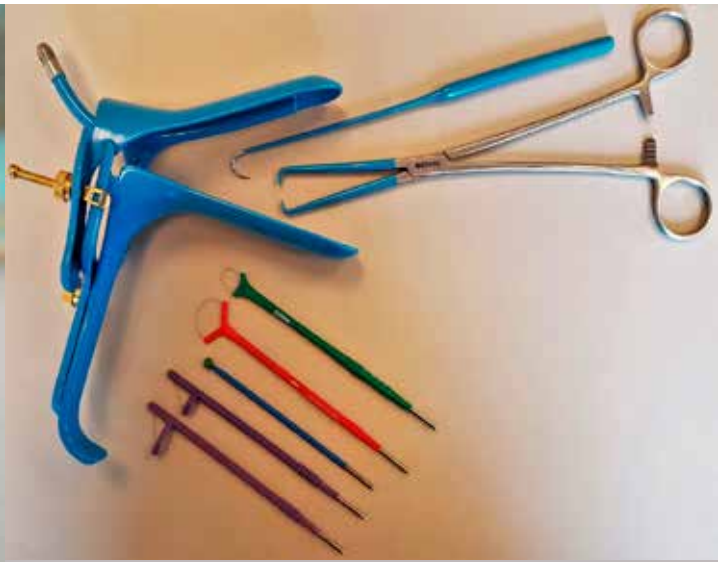
**Results:** Preliminary statistical analyzes showed no significant difference on disease specific survival ( $p=0.239$ ) or recurrence free survival ( $p=0.804$ ) when comparing the MOMATEC2 group with the MOMATEC1 cohort. Further analyses will be completed and presented.

**Conclusion:** Preliminary results show no difference in overall or disease specific survival when omitting lymphadenectomy in low and intermediate risk groups, indicating that omitting this surgical procedure is safe. Less lymphadenectomies can decrease procedure time, risks of complications and reduce costs.



Danish midwife and inventor, Malene Hegenberger

Hegenberger Retractorer optimaliserer behandlingen etter fødsel



# medero

Tel. 45 22 76 71

epost: [ordre@medero.no](mailto:ordre@medero.no)

[www.medero.no](http://www.medero.no)

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

## A23 Fertilitetsbevarende behandling av endometriecancer og endometriehyperplasi med atypi

Kvello, Morten <sup>1</sup>, Bjerre Trent, Pernille <sup>2,3</sup>, Berner, Espen <sup>1</sup>, Langeland, Karin <sup>1</sup>, Fallås Dahl, Gunn <sup>3</sup>, Fedorcsak, Peter <sup>2,4</sup>, Hald, Kirsten <sup>1</sup>, Eriksson, Ane Gerda <sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Gynekologisk avdelingen, Ullevål Sykehus, Oslo Universitetssykehus

<sup>2</sup> Institutt for klinisk medisin, Medisinsk fakultet, Universitet i Oslo

<sup>3</sup> Kreftkirurgisk avdeling, Seksjon for gynekologisk kreftbehandling, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus

<sup>4</sup> Reproduksjonsmedisinsk avdeling, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus

**Bakgrunn:** Endometriecancer (EC) er den vanligste gynekologiske krefttypen i Norge og rammer omkring 800 norske pasienter årlig. Hos fertile kvinner er EC sjeldent, da bare 5 % av pasienter med EC er under 45 år. Dette forventes å øke fremover.

De senere årene har det vært økende fokus på nye behandlingsmåter hos kvinner med EC og endometrial intraepitelial neoplasia (EIN) som ønsker å bevare sin fertilitet. Tidligere kombinasjon av medikamentell behandling med abratio er erstattet med medikamentell behandling og målrettet hysteroskopisk reseksjon. Denne behandlingen er nå veletablert i mange europeiske land.

**Mål:** Ved OUS innføres nå fertilitetsbevarende behandling for EIN og EC med hysteroskopisk reseksjon og medikamentell behandling. Det søkes samtidig PVO/REK for en observasjonsstudie som vil rapportere onkologiske og fertilitetsrelaterte utkomme hos pasientene.

**Metode:** Pasientene henvises i pakkeforløp til DNR. Pasienter som møter kriterier for fertilitetsbevarende behandling vil informeres og tilbys dette. Hysteroskopisk reseksjon og påfølgende monitorering gjøres på Ullevål. Reproduksjonsmedisinsk avdeling vil bistå med fertilitetsrådgivning og planlegging av eventuell assistert befruktning.

**Resultater:** Vil presenteres når disse foreligger. Det vil på årsmøtet vises bilder og video som demonstrerer hysteroskopisk reseksjon.

**Konklusjon:** Pasienter i Helse Sør-Øst med fertilitetsønske og antatt tidlig stadium, lav-gradig EC kan nå henvises til OUS for tverrfaglig vurdering av fertilitetsbevarende behandling. Det planlegges å søke PVO/REK for å kunne registrere onkologiske og obstetriske resultater, samt pasientrapporterte utkomme. Studien vil gi økt kunnskap om fertilitetsbevarende behandling av EIN og EC, og gi bedre pasientinformasjon og beslutningsgrunnlag for kvinner med disse diagnosene.

## A24 Seksuell helse etter endometriekreftbehandling; en prospektiv norsk kohortstudie

Hofbauer M.<sup>1</sup>, Trovik, J.<sup>1,2</sup>, Forsse, D.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

<sup>2</sup> Avdeling for gynekologi og gynekologisk kreft, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

<sup>3</sup> Dagkirurgisk avdeling gynekologi, Betanien Sykehus, Bergen

**Bakgrunn:** Endometriekreft er den vanligste gynekologiske kreftformen i industrialiserte land. De fleste pasientene blir diagnostisert ved tidlig stadium og overlever, men behandlingsrelaterte bivirkninger kan påvirke livskvaliteten. Bedre forståelse av hvordan kreftbehandling påvirker seksuell helse på kort og lang sikt er viktig for å skreddersy behandling samt oppfølging for kreftoverlevende for å kunne forbedre livskvaliteten.

**Mål:** Evaluere langtids seksuell helse og livskvalitet for endometriekreftpasienter og identifisere behandlingsrelaterte faktorer og pasientrapporterte symptomer som påvirker seksuell helse.

**Metode:** Endometriekreftpasienter inkludert i livskvalitetsdelen av Momatec2-studien fra oktober 2015 med fullført 3-års oppfølging uten påvist tilbakefall. Pasientene besvarte årlig spørreskjema om pasientrapporterte utfall, inkludert seksuell helse (EORTC QLQ-C30 og EORTC QLQ-EN24). Resultatene ble sammenliknet mellom behandlingsgruppene: hysterektomi, hysterektomi+lymfadenektomi, eller kirurgi+kjemoterapi.

**Resultater:** Totalt 503 pasienter ble inkludert; 199 kun hysterektomi, 157 inkludert lymfadenektomi og 147 også adjuvant kjemoterapi. Kun 23% av kvinnene rapporterte seksuell aktivitet baseline. Longitudinelle data viste en betydelig økning i seksuell nytelse (p=0,003) til tross for økt vaginal tørrhet (p = 0.017) fra inklusjon (preoperativt) til år 1. Livskvaliteten økte i grupper som viste høyere nivåer av seksuell interesse og aktivitet, samt mindre rapportering av vaginale symptomer og problemer med kroppsbilde (alle p <0,001). Det var ingen forskjell mellom de tre behandlingsgrupper mhp endring i seksuelle helsevariabler fra starttidspunktet til år 1, 2 eller 3.

**Konklusjon:** Pasienter med endometriekreft viste generelt lav seksuell funksjon og en høy grad av seksuelle symptomer, uavhengig av behandlingsmetode. Seksuell helse påvirker livskvaliteten hos pasienter med endometriekreft og bør inkluderes i oppfølging for å bidra til forbedringen av kreftbehandling.



# Embagyn

doksylamin 20 mg/pyridoksin 20 mg

For behandling av  
svangerskapskvalme og oppkast<sup>1</sup>

Tidlig behandling av symptomer er anbefalt for å forhindre utvikling til hyperemesis gravidarum<sup>1</sup>

## Enkel dosering

1-2 tabletter/dag

## Tablett med modifisert frisetting<sup>1</sup>

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  $\geq 18$  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



## A25 Har hyperemesis-pasienter risiko for reernæringsyndrom?

Jørgensen, Ida H.<sup>1</sup> Trovik, J.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

<sup>2</sup> Gynekologisk avdeling, Haukeland Universitetssjukehus

**Bakgrunn:** Alvorlig svangerskapskvalme; hyperemesis gravidarum (HG) gir så uttalt kvalme og oppkast at næringsinntak blir svært redusert og kan medføre alvorlige komplikasjoner både for mor og foster. Å gjenoppta ernæring etter langvarig sult øker risiko for reernæringsyndrom (RS).

**Mål:** Vi ønsket å undersøke ernæringsstatus, risiko for RS og i hvilken grad kliniske ernæringsfysiologer (KEF) bidrar ved hyperemesisbehandling.

**Metode:** Retrospektiv sykehuskohort for kvinner behandlet for HG ved Kvinnekliviken, Haukeland universitetssjukehus i perioden 2020-2021. Journalgjennomgang med hensyn til ernæringsbehandling, RS-risikovurdering og KEF-anbefalinger. Fishers eksakte test sammenlignet kategoriske variabler, og Mann-Whitneys test medianverdier.

**Resultat:** Av 166 hospitaliserte pasienter fikk 92% væske-/elektrolyttsubstitusjon; 63% som glukose 10%, 14% parenteral ernæringsløsning og 5% sondeernæring. Elleve pasienter henvist KEF skilte seg ikke fra dem uten KEF-vurdering med tanke på kliniske variabler ved første innleggelse, men hadde signifikant flere innleggelsesdøgn (median 7 versus 2) og ambulante konsultasjoner (median 7 versus 1)  $p < 0,002$  samt bruk av parenteral-/sondeernæring ( $p < 0,010$ ). KEF-anbefalinger om kostråd/-registrering, forebygging av RS og ernæringsbehandling, ble i stor grad fulgt. Ifølge American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN)-kriterier, hadde 80% av pasientene stor og 19% moderat risiko for RS. I alt 11 kvinner utviklet RS (redusert magnesium-/fosfatverdier). Kun én kvinne var mulig symptomatisk (brystsmerter), og én klassifisert som alvorlig RS (hypofosfatemi  $> 30\%$  under referanseområdet). Fem kvinner fikk ikke elektrolyttsubstitusjon i samsvar med retningslinje, men alle pasientene oppnådde normalisert elektrolyttverdier, og ernæringsbehandling kunne fortsettes som planlagt.

**Konklusjon:** HG-pasienter er underernært og med høy RS-risikoprofil. Avdelingsretningslinjer inkludert initial høydose tiamin og trinnvis økt ernæringsstilskudd sikrer trygg ernæringsbehandling.

## A26 Hvilken mikrobiota finner vi i urin fra engangskateter hos kvinner operert med tensjonsfri vaginaltape (TVT)?

Volløyhaug, Ingrid<sup>1,2</sup>, Larssen, Kjersti W.<sup>3</sup>, Haugum, Kjersti<sup>3</sup>, Solhaug, Berit R.<sup>1,2</sup>, Nyhus, Maria Ø.<sup>1,2</sup>, Svenningsen, Rune.<sup>4,5,6</sup>, Hege Snøsen<sup>3</sup>, Afset, Jan E.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Kvinnekliviken St. Olavs Hospital

<sup>2</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), NTNU

<sup>3</sup> Avd for medisinsk mikrobiologi, St. Olavs hospital

<sup>4</sup> Kvinnekliviken, Oslo universitetssjukehus

<sup>5</sup> Institutt for klinisk medisin UiO

<sup>6</sup> Norsk kvinnelig inkontinensregister (NKIR)

**Bakgrunn:** Urinen er ikke alltid steril selv uten urinvegsinfeksjon. Mikrobiota i urinen hos kvinner operert med TVT er lite kartlagt.

**Mål:** Undersøke forekomst av mikrobiota i urin hos kvinner operert med TVT.

**Metode:** Tverrsnittstudie av 127 TVT-opererte kvinner ved St. Olavs Hospital i 2001-2006 og 2011-2012. Kvinnene svarte på spørreskjema om symptomer i 2022. Urin fra engangskateter ble dyrket i to dager på kromagar og i fem dager på blod- sjokolade- og fastidious anaerob agar. Vi undersøkte antall arter innen ulike bakterierekker relatert til alder, BMI, symptomer og fornøydhets (MWU- og X<sup>2</sup>-test).

**Resultater:** Etter fem dager hadde 108 (85%) oppvekst på urindyrkning. Det ble funnet 25 ulike arter innen bakterierekkene Actinomycetota, 31 Bacillota, 5 Bacteriodota, 1 Fusobacterium, 6 Proteobacteria og 1 Ascomycota.

De 82 (65%) antatt postmenopausale ( $> 52$  år) hadde i gjennomsnitt 2,1 arter vs. 1,7 (premenopausale),  $p > 0,05$ . De 74 (63%) overvektige ( $BMI > 25$  kg/m<sup>2</sup>) hadde 2,1 arter vs. 1,8 (normalvektige),  $p > 0,05$ . Sju kvinner (5,5%) med diabetes hadde 3,3 arter vs. 1,9 (uten diabetes),  $p > 0,05$ .

49 (45%) med stressindex  $> 3$  hadde 2,3 arter vs. 1,8 (stressindex  $< 3$ ),  $p > 0,05$ .

53 (44%) med urgencyindex  $> 3$  hadde 2,3 arter vs. 1,7 (urgencyindex  $< 3$ ),  $p = 0,019$ .

33 (18%) misfornøyde med TVT hadde 2,8 arter vs. 1,7 (fornøyde),  $p = 0,001$ .

**Konklusjon:** Urin fra engangskateter var usteril hos de fleste 10 – 20 år etter TVT. Vi fant oppvekst av rik variasjon av mikrobiota.

Postmenopausale, overvektige og kvinner med diabetes hadde ikke-signifikant flere mikrobearter. Urgencyinkontinens og misnøye med TVT var assosiert med signifikant flere mikrobearter i urin fra engangskateter.

## A27 Symptoms of complex pelvic pain: A survey in three cohorts of women

Hagemann, Cecilie T.<sup>1,2</sup>, Spetalen, Siri<sup>3</sup>, Saga, Susan<sup>4</sup>, Bratlie, Ingvild<sup>3</sup>, Dons, Vilde<sup>3</sup>, Stafne, Signe N.<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Department of Clinical and Molecular Medicine, Faculty of Medicine and Health Sciences, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norway

<sup>2</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, St. Olavs hospital, Trondheim

<sup>3</sup> Faculty of Medicine and Health Sciences, NTNU

<sup>4</sup> Department of Public Health and Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, NTNU

<sup>5</sup> Department of Rehabilitation, St. Olavs hospital, Trondheim

**Background:** Little is known about the symptom burden of persistent pelvic pain (PPP) and more complex pelvic pain in different groups of women.

**Aim:** To use a newly validated Norwegian version of the Amsterdam Complex Pelvic Pain Symptom Scale (ACPPS) to describe and compare the symptom severity of complex pelvic pain in three cohorts of women and to assess associations to demographic and gynecological characteristics.

**Methods:** Cross-sectional survey of patients referred to gynecological outpatient clinics, members of vulvodynia/endometriosis patient associations, and healthy volunteers. The 397 participants (47% response rate) described detailed characteristics and symptoms related to complex pelvic pain. Score means on questionnaires, with standard deviations and 95% confidence intervals, were calculated, and Pearson's chi-square test, analysis of variance and multivariable linear regression were used.

**Results:** Members of the patient associations had significantly higher symptom burden than patients and volunteers. Symptom burden was lower among older and postmenopausal women. Especially high scores on the ACPPS were found among women with PPP, at least moderate pelvic pain intensity, and persistent vulvar pain. Women who had experienced sexual assault or reported low sexual function also reported high scores. In multivariable regression, fibromyalgia, low mental health and past sexual assault were associated with high scores on the ACPPS.

**Conclusion:** Many women reported complex pelvic pain. Overlap with other pain-related conditions, low mental health and past sexual assault was associated with high symptom burden. Our findings support taking a biopsychosocial approach in treating women who present with such complaints.

## A28 Ektopisk graviditet ved St. Olavs hospital 2005-2021: Endring i diagnostikk og behandling over tid

Dyrnes, Emma R.<sup>1</sup>, Skjeldestad, Finn E.<sup>2</sup>, Hagemann, Cecilie T.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

<sup>2</sup> UiT, Norges arktiske universitet

<sup>3</sup> Kvinneklinikken, St. Olavs hospital, Trondheim

<sup>4</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

**Bakgrunn:** Det er i det siste publisert lite om hvordan ektopisk graviditet (EP) utredes og behandles i Norge. Formålet med studien var å undersøke endringer i diagnostikk og behandling av EP ved St. Olavs hospital i Trondheim over en 16-årsperiode.

**Metode:** Vi gjennomførte en retrospektiv deskriptiv studie blant pasienter behandlet for sin første EP ved St. Olavs hospital 2005-2021. Ved søk ble 875 mulige EP-tilfeller identifisert, der 47 ikke ønsket å gi samtykke til deltakelse og 185 ikke hadde EP likevel. Vi registrerte journaldata elektronisk og brukte deskriptiv statistikk.

**Resultater:** Av de 643 inkluderte pasientene ble hele 640 undersøkt med transvaginal ultralyd (TVS). Hyppigste TVS-funn var oppfylning i adnex med/uten fri væske (n=486). I starten av perioden hadde mange kun funn av «ingen intrauterin graviditet». Hele 36 pasienter hadde en vital EP.

Vanligste behandling var laparoskopisk salpingektomi (n=436), mens 91 fikk kun Methotrexate (MTX), 40 kun ekspektans, 37 både MTX og laparoskopi og 35 ble laparotomert. Fra 2005 til 2021 gikk andelen av laparoskopi konvertert til laparotomi ned fra 3,5 til 0,8%, andelen med direkte kirurgi uten s-hCG-svar ned fra 7,6 til 1,6%, og andelen tubebevarende kirurgi ned fra 17,2 til 2,5%. Hele 59 pasienter fikk blodoverføring.

Det var 19 ovariale graviditeter, to hadde graviditet i keisersnittarr, to interstitielle og én heterotop graviditet.

**Konklusjon:** Behandlingsmetodene for EP ved St. Olavs hospital har stort sett vært uendret, men tubebevarende kirurgi gjøres sjelden. Studien bidrar til innsikt i behandling av EP i Norge og synliggjør behovet for ytterligere overvåkning.

## A29 Tidstrend for forekomst av dødfødsel blant gravide med diabetes type 1 i Norge fra 1999 til 2022

Tingleff, Tiril<sup>1</sup>, Murzakanova, Gulim<sup>2,3</sup>, Räisänen, Sari<sup>4</sup>, Yli, Branka<sup>2</sup>, Laine, Katariina<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken, Haukeland universitetssykehus

<sup>2</sup> Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus

<sup>3</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

<sup>4</sup> Laurea University of Applied Sciences, Vantaa, Finland

<sup>5</sup> Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus

**Bakgrunn:** Diabetes type 1 er en velkjent risikofaktor for dødfødsel. Fra 2014 har den nasjonale veilederen anbefalt forløsning (induksjon/keisersnitt) i svangerskapsuke 38 for kvinner med Diabetes type 1 (DM1).

**Mål:** Å undersøke om endringen i veilederen påvirket forekomst av dødfødsel ved DM1.

**Metode:** Observasjonsstudie med data fra Medisinsk fødselsregister 1999-2022. Alle enlingsvangerskap født fra uke 22+0 mellom 1999 og 2022, n=1,350,936, hvorav 6,174 med DM1. Studieperioden ble delt inn i før og etter endringen i den nasjonale veilederen. Dødfødsel pr 1000 fødsler ble beregnet med 95% konfidensintervall (95% KI). Ujusterte og justerte (paritet, alder  $\geq 38$  år, KMI  $\geq 35$  og utdanningsnivå) odds ratio (OR, aOR) med 95% KI ble beregnet ved logistisk regresjonsanalyse. Andelen av fødselsinduksjoner og planlagt keisersnitt ble beregnet.

**Resultater:** Forekomsten av dødfødsel ble redusert fra 12.02‰ (95% KI 8.71-15.33) i 1999-2014 til 4.46‰ (95% KI 1.55-7.38) i 2015-2022 for kvinner med DM1.

I 1999-2014 var aOR for dødfødsel 3.05 (95% KI: 2.31-4.04) og i 2015-2022 var aOR 1.5 (95% KI 1.55-7.38) for kvinner med DM1 sammenlignet med de uten DM1.

Andelen induksjoner hos alle gravide med DM1 økte fra 42.2% i 1999-2014 til 63.7% ( $p < 0.001$ ) i 2015-2022 (fra 48.3% til 73.8% ( $p < 0.001$ ) til termin).

Andelen planlagte keisersnitt hos alle gravide med DM1 sank fra 23.9% til 17.9% (fra 18.3% til 13.2% til termin). Det ble ikke observert dødfødsler etter svangerskapsuke 38+6 i den siste perioden.

**Konklusjon:** Etter at den nasjonale veilederen anbefalte forløsning i svangerskapsuke 38 ved DM1 er det observert en betydelig reduksjon i dødfødsler.

## A30 Nedgangen i forekomst av svangerskapsforgiftning kan tilskrives nedgang i forekomst til termin

Haavaldsen, C.<sup>1</sup>, Eskild, A.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus

<sup>2</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**Bakgrunn:** Det har vært en nedgang i forekomst av svangerskapsforgiftning fra 3,22% av alle svangerskap i 1984-1989 til 2,65% i 2010-2019. Mesteparten av nedgangen foregikk fra 2000-2009 til 2010-2019.

**Mål:** Vi ønsket å studere om nedgangen i forekomst av svangerskapsforgiftning var mest uttalt i preterm svangerskap eller i svangerskap til termin.

**Metode:** Vi brukte data fra Medisinsk fødselsregister, og studerte forekomst av svangerskapsforgiftning i pågående svangerskap. Vi inkluderte 1 955 082 svangerskap i perioden 1984-2019, og antok at svangerskap som ikke var forløst med svangerskapsforgiftning, ikke hadde svangerskapsforgiftning.

**Resultater:** Risikoen for å utvikle preterm svangerskapsforgiftning (<uke 37) var lav i hele studieperioden. I perioden 2000-2009 fikk 0.9% (4998/563 227) preterm svangerskapsforgiftning, og andelen var 0.7% (3790/573 261) i perioden 2010-2019.

Tilsvarende andeler for svangerskapsforgiftning til termin var 2.9% (15 543/531 268) og 2.1% (11 428/544 610) (28% nedgang). Det var også en betydelig nedgang i andel pågående postterm svangerskap (uke 42-43), fra 7.3% av alle svangerskap i perioden 2000-2009 til 4.4% i 2010-2019.

**Konklusjon:** Nedgangen i total forekomst i svangerskapsforgiftning skyldes i hovedsak nedgangen i svangerskap til termin. Prevalensen av svangerskapsforgiftning til termin er redusert. Det er også færre postterm svangerskap, og det er postterm at risikoen for svangerskapsforgiftning er størst.

## A31 Rotasjon av fosterhodet undersøkt med ultralyd hos afrikanske kvinner

Eggebo, Torbjørn M.<sup>1,2</sup>, Bagandanshwa, Kenneth<sup>3,4</sup>, Egenberg, Signe<sup>1</sup>, Mchome, Bariki<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

<sup>2</sup> Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

<sup>3</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Kilimanjaro Christian Medical University College, P o box 2240, Moshi Tanzania

<sup>4</sup> Department of Obstetrics and Gynecology Kilimanjaro Christian Medical Centre, P o box 3010, Moshi, Tanzania.

**Bakgrunn:** Det antropoide bekkenet er vanlig hos afrikanske kvinner. Denne bekkenformen har et smalt fremre segment og et vidt bakre segment. Fosterhodet er bredest baktill og occiput posterior (OP) posisjon passer godt med denne bekkenformen.

**Mål:** Undersøke fosterrotasjon med ultralyd hos kvinner med svart afrikansk etnisitet. Videre ville vi undersøke forekomsten av operative fødsler og varigheten av fødselen.

**Metode:** Studien var en longitudinell kohort studie ved Kilimanjaro Christian Medical Centre i Moshi, Tanzania (november 2023 - april 2024). Vi inkluderte kvinner med ett foster i hodeleie til termin (Robson gruppe 1-4). Tre leger utførte transabdominal ultralyd ved innkomst i fødeavdelingen, ved start av aktiv fødsel og i andre stadium av fødselen. Varighet av fødselen ble undersøkt med Cox regresjonsanalyse (overlevelsesanalyse).

**Resultater:** Populasjonen bestod av 215 kvinner, og 65/215 (30,2%) foster var i OP posisjon ved innkomst, 59/204 (28,9%) ved start av aktiv fødsel, 38/210 (18,1%) i andre stadium og 35/215 (16,3%) ved fødselen. Operativ forløsning ble utført hos 10/157 (6,4%) kvinner med fosteret i occiput anterior (OA) posisjon i andre stadium (6 keisersnitt og 4 vakuumpåstraksjoner) og hos 28/48 (58,3%) med posterior eller transvers (non-OA) posisjon (27 keisersnitt og en vakuumpåstraksjon). Hazard ratio for fødsel var 0,26 (95% CI 0,13-0,52) for non-OA versus OA posisjon hos førstegangs fødende og 0,25 (95% CI 0,12-0,52) hos flergangsfødende.

**Konklusjon:** Persisterende OP-posisjon var vanligere enn det som tidligere er funnet hos kvinner med hvit etnisitet. Den operative intervensjonsraten var ni ganger høyere hos kvinner med fosteret i non-OA versus OA-posisjon i andre stadium.

## A32 Obstetric anal sphincter injuries in nulliparous women with spontaneous vaginal delivery: A 21-year observational study based on real-world data

Laine Katariina<sup>1,2</sup>, Fodstad Kathrine<sup>3,4</sup>, Räisänen Sari<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo Universitetssykehus HF

<sup>2</sup> Det Medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

<sup>3</sup> Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Vestre Viken HF, Bærum sykehus

<sup>4</sup> Kvinneklinikken, Reproduksjonsmedisinsk avdeling, Oslo Universitetssykehus HF

<sup>5</sup> Laurea University of Applied Sciences, Vantaa, Finland

**Background:** Previous studies, heterogeneous in methodology, have presented conflicting results regarding the effectiveness of manual perineal protection in reducing the risk of obstetric anal sphincter injuries (OASIS). Since 2005, the Norwegian Directorate of Health implemented a national care bundle involving manual support of the perineum and communication with the woman in labour to avoid pushing during the last phase of the foetal head crowning to reduce the risk of OASIS. Additionally, when necessary, performing a lateral or mediolateral episiotomy.

**Objective:** To study secular trends of obstetric anal sphincter injuries in spontaneous vaginal delivery in Norway during 2002–2022.

**Methods:** Population-based cohort of 324,930 nulliparous women with singleton spontaneous delivery during 2002–2020. Data collected from the Norwegian Medical Birth Registry. OASIS prevalence calculated in subgroups by maternal age, maternal country of birth, infant birthweight, and by use of episiotomy or epidural analgesia. Covariates further incorporated as confounding factors in multivariable analysis. Crude odds ratios (ORs) and adjusted odds ratios (aORs) with 95% confidence intervals (CIs) were determined.

**Results:** We observed a significant reduction in OASIS prevalence, from 5.4% in 2002–2004 to 2.1% in 2020–2022. After adjustment for maternal age, country of birth, infant birthweight, epidural and episiotomy, the OASIS prevalence was reduced by 63% (aOR 0.37, 95% CIs 0.34 to 0.40) from 2002–2004 to 2020–2022.

**Conclusion:** The substantial decrease in OASIS prevalence among nulliparous women with spontaneous vaginal delivery can be attributed to enhanced quality control measures and the widespread adoption of manual perineal protection techniques, following extensive staff training.



## A33 Fostervekst i første trimester i svangerskap etter assistert befruktning

Seljeftot, Eline B.<sup>1,2</sup>, Mørch, Hanne<sup>3</sup>, Eggebø, Torbjørn M.<sup>2,4</sup>, Opdahl, Signe<sup>5</sup>, Saravolos, Sotirios<sup>6</sup>, Schilling, Hanna J.<sup>1</sup>, Westvik-Johari, Kjersti<sup>1,5</sup>, Kahrs, Birgitte H.<sup>2,7,8</sup>

<sup>1</sup> Fertilitetsseksjonen, Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital HF, Trondheim

<sup>2</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim

<sup>3</sup> Senter for fostermedisin, Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital HF, Trondheim

<sup>4</sup> Kvinneklivnikken, Stavanger universitetssykehus, Stavanger

<sup>5</sup> Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

<sup>6</sup> Imperial College London, London, United Kingdom

<sup>7</sup> Volvat Spiren Trondheim, Trondheim

<sup>8</sup> Folkehelseinstituttet

**Bakgrunn:** Tidligere studier indikerer at assistert befruktning (ART) påvirker fødselsvekten: Nyfødte etter innsett av fryst embryo har høyere og etter ferskt innsett lavere, gjennomsnittlig fødselsvekt sammenlignet med naturlig unnfangede. Det er lite kunnskap om konsepsjonsmetoden påvirker fosterveksten i tidlig svangerskap.

**Metode:** Longitudinell kohortstudie med inklusjonsperiode i 2022–2024. 127 kvinner gravide etter innsett av fersk eller fryst dag-5-blastocyst ble undersøkt med ultralyd 21, 42 og 70 dager etter innsett av embryo, tilsvarende svangerskapsuke 5+5, 8+5 og 12+5.

**Resultater:** I uke 5+5 var gjennomsnittsdiameter av gestasjonssekken 10,3 mm (SD 2,4, median 10,3 mm, IQR 8,2–11,9), plommesekken 3,3 mm (SD 0,5, median 3,3 mm, IQR 2,9–3,6) og lengste embryomål 1,4 mm (SD 0,35, median 1,3 mm, IQR 1,1–1,5). I uke 8+5 var sittehøyden (CRL) 20,8 mm (SD 1,1, median 20,7 mm, IQR 20,0–21,5). I uke 12+5 var CRL 67,7 mm (SD 3,4, median 68,0 mm, IQR 65–70), biparietal diameter 23,8 mm (SD 1,1, median 24,0 mm, IQR 23–24) og femurlengden 8,9 mm (SD 1,0, median 24,0 mm, IQR 8,1–10,0). Sammenlignet med to internasjonalt anerkjente vekstkurver, INTERGROWTH-21 og Robinsons vekstkurve, var median CRL i uke 12+5 i vår studiepopulasjon 4 mm lengre enn forventet, tilsvarende to dager i estimert svangerskapslengde. 105 var gravide etter fryseforsøk, 22 etter ferskt innsett. Subanalyser viste ingen forskjeller ved sammenligning av svangerskap etter fryst og ferskt innsett.

**Konklusjon:** Studien viser spredning i CRL for foster med samme alder beregnet fra innsettsdag i ART-svangerskap. Resultatene indikerer raskere fostervekst i svangerskap etter ART sammenlignet med forventet verdi i vekstkurver for første trimester.

## A34 Botoxininjeksjon for overaktiv blære – erfaring fra de første ni års bruk

Myhr, Siv S.<sup>1</sup>, Rakovan, Martin<sup>1</sup>, Schiøtz, Hjalmar A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg.

**Bakgrunn:** Cystoskopisk injeksjon av botulinumtoksin er nå en etablert annenlinjebehandling for høygradig overaktiv blære. Denne behandlingen ble innført ved vår avdeling i 2014 hos pasienter der konservativ behandling ikke hadde gitt tilstrekkelig bedring. Av kapasitetshensyn ved gynekologisk poliklinikk har denne pasientgruppen ikke blitt fulgt opp systematisk. Vi ønsket derfor å kartlegge våre resultater.

**Mål:** Primært endepunkt var grad av tilfredshet med behandlingen (på skala 1–3 der 1=fornøyd, 2=nøytral og 3= ikke fornøyd). Sekundære endepunkter var oppnådd kontinens, dose, varighet av effekt, hvor mange som fikk repetert behandling, samt komplikasjoner.

**Metode:** Retrospektiv studie basert på journalgjennomgang. Alle pasientene operert fra 2014 tom 2022 (9 år) med cystoskopisk Botoxininjeksjon i blæreveggen pga. overaktiv blære ble hentet fra DIPS og tilgjengelige data ekstrahert fra journalnotatene.

**Resultater:** Resultatene omfatter 403 injeksjoner hos 167 kvinner. Gjennomsnittlig fornøydhet var 1,39 og 75,9% av pasientene hadde score 1 mens 70,8% oppnådde kontinens.

Blant de 371 (92,1%) som fikk standarddosen på 100 enheter, var gjennomsnittlig fornøydhet 1,36. Varighet av effekt var 6,0 måneder og resultatene holdt seg nokså like gjennom repeterte injeksjoner. Aldersgruppen 50–70 år hadde høyest grad av fornøydhet. Det var høyest forekomst av kontinens og fornøydhet hos kvinnene med BMI 25–40. Av komplikasjoner hadde 18,6% UVI, 8,9% retensjon og 1,5% smerter etter behandlingen.

**Konklusjon:** Cystoskopisk injeksjon av botulinumtoksin i blæreveggen er et nyttig behandlingsalternativ hos kvinner med høygradige plager pga. overaktiv blære.

## A35 Bør kvinner med endometriose identifiseres som høyrisikogravide? Endometriose og svangerskapsrelaterte komplikasjoner: Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa)

Johansen, Marius<sup>1</sup>, Omsland, Tone K.<sup>1</sup>, Laine, Katariina<sup>2,3</sup>, Häberg, Siri E.<sup>4</sup>, Magnus, Maria C.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

<sup>2</sup> Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo universitetssykehus

<sup>3</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

<sup>4</sup> Senter for fruktbarhet og helse, Folkehelseinstituttet

**Bakgrunn:** Kvinner med endometriose har større sannsynlighet for å være førstegangsfødende, infertile, og å benytte assistert befruktning, men få studier har undersøkt hvordan disse faktorene påvirker risikoen for svangerskapskomplikasjoner hos denne populasjonen.

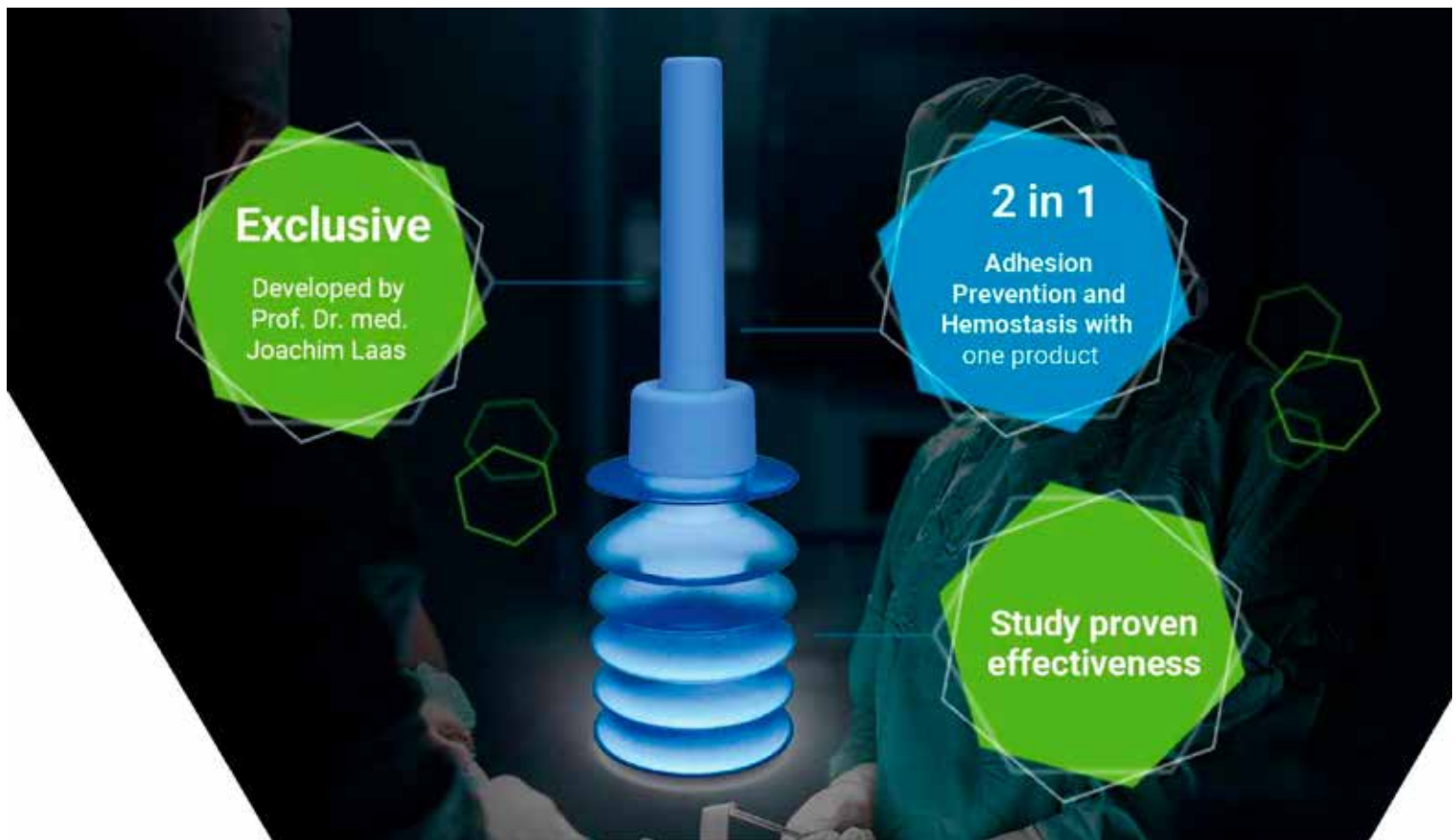
**Mål:** Undersøke assosiasjoner mellom endometriose og svangerskapsrelaterte komplikasjoner, samt avklare om paritet, infertilitet og assistert befruktning påvirker disse sammenhengene.

**Metode:** Studien inkluderte 93 396 enkeltfødsel-svangerskap fra Den norske mor, far og barn-undersøkelsen. Logistisk regresjon ble benyttet for å sammenligne risikoen for ulike svangerskapsrelaterte komplikasjoner mellom 1 395 kvinner med og 92 001 kvinner uten endometriose. Vi beregnet odds ratio (OR) med 95 % konfidensintervall (KI), justert for alder, kroppsmasseindeks og sosioøkonomisk status. Vi undersøkte også om sammenhengene varierte avhengig av om kvinnen var førstegangsfødende, infertil eller hadde brukt assistert befruktning ved stratifiserte analyser og interaksjonstester.

**Resultater:** Kvinner med endometriose hadde høyere risiko for placenta previa (OR 2,85 [KI 1,63-4,98]), dødfødsel (OR 2,18 [KI 1,15-4,11]), placenta abruptio (OR 2,10 [KI 1,11-3,97]), antepartum blødning (OR 1,52 [KI 1,24-1,87]), keisersnitt (OR 1,43 [KI 1,25-1,65]), postpartum blødning (OR 1,34 [KI 1,17-1,53]) og spontan prematur fødsel (OR 1,28 [KI 1,03-1,59]). Interaksjonsanalyser tydet på at risikoen for keisersnitt ble påvirket av paritet og assistert befruktning, mens vi ikke fant en modifierende effekt på de øvrige komplikasjonene.

**Konklusjon:** Kvinner med endometriose hadde økt risiko for en rekke svangerskapsrelaterte komplikasjoner, som hovedsakelig ikke ble påvirket av paritet, infertilitet eller infertilitetsbehandling. Et viktig spørsmål er om gravide kvinner med endometriose utgjør en høyrisikogruppe med behov for ekstra oppfølging for risikoreduksjon av alvorlige utfall hos mor og barn.

# 4DryField® PH



## SKAPER HEMOSTASE - HINDRER ADHERANSER

**Klinisk dokumentert gjennom svært mange studier**

**"Ved bruk av 4DryField reduseres faren for adheranser med opp til 85%"**  
Krämer et al. 2021 Langenbecks Arch Surg

**"4DryField ga den største reduksjon av adheranser sammenliknet med andre produsenter"**  
Schaefer et al. 2024 Arch Gynecol Obstet



**medero**

Tel. 45 22 76 71

epost: [ordre@medero.no](mailto:ordre@medero.no)

[www.medero.no](http://www.medero.no)

# POSTERE

## P1 Sørlandskvinner på topp – en retrospektiv kvalitetsgjennomgang

Møller-Stray, Hanne<sup>1</sup>, Aabel, Maren<sup>1</sup>, Rossen, Janne<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklinikken, Sørlandet sykehus Kristiansand

<sup>2</sup> Universitetet i Oslo

**Bakgrunn:** Andelen induserte fødsler i Norge er økende til 29.7% (2023). Kvinneklinikken i Kristiansand hadde høyeste andel induserte fødsler av alle fødeinstitusjoner med 38.4% ifølge medisinsk fødselsregister. Således var det behov for en intern gjennomgang av indikasjonene. To norske studier med data fra 2013(Døgl) og 2018 (Sørby) ble brukt som referanse for å sammenlikne fordelingen av indikasjoner til induksjon av fødsel.

**Mål:** Kvalitetssikring av induksjoner

**Metode:** Retrospektiv gjennomgang av indikasjonene for induksjoner i 2023 ved Kvinneklinikken Kristiansand.

**Resultater:** Til sammen 667/1796 (38.4%) kvinner ble indusert hvorav 45.7% førstegangs fødende. Indikasjonen til de seks største gruppene var insulinkrevende diabetes (18.7%), vannavgang (13.7%), overtid (12.3%), preeklampsi/hypertensjon (11.7%), veksthemming/oligohydramnion (10.6%) og eget ønske (9.0%).

Førstegangs fødende utgjorde største andel i gruppene veksthemming/oligohydramnion, preeklampsi/hypertensjon og vannavgang, flergangsfødende utgjorde største andel stort barn, eget ønske og insulinkrevende diabetes.

Total sectiofrekvens blant induserte fødsler var 12.3% totalt i avdelingen. Andelen sectio varierte mellom indikasjonene hvor preeklampsi/hypertensjon hadde høyeste frekvens (24.4%) og insulinkrevende diabetes lavest (8.0%). Apgar <7 ved 5 minutter var 1.3% blant de induserte fødslene mot 1.5% totalt i avdelingen. Seleksjonskriterier til Kvinneklinikk utgjorde 24% av de induserte fødslene.

**Konklusjon:** Fordelingen av indikasjonene til induksjonene samstemmer med tidligere data fra norske studier bortsett fra en betydelig høyere andel insulinkrevende diabetes ved vår avdeling. Nasjonale føringer for induksjoner og seleksjonskriterier til Kvinneklinikk forklarer den høye andelen av induksjoner i Kristiansand.

Fokus på håndtering av induksjoner er viktig for fødekvinne, men i økende grad også viktig for vår arbeidshverdag.

## P2 Ammingens effekt på overvekt, fedme og astma hos barn – er det melken eller er det mors metabolske helse?

Farsund, Borghild<sup>1</sup>, Ødegård, Rønnaug<sup>2,3</sup>, Morken, Nils-Halvdan<sup>4,5</sup>, Simpson, Melanie R.\*<sup>5</sup>, Vanky, Eszter\*<sup>5,6</sup>

<sup>1</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim

<sup>2</sup> Senter for fedmeforskning, Avdeling for kirurgi, St Olav Hospital, Trondheim

<sup>3</sup> Institutt for klinisk vitenskap, UiB, Bergen

<sup>4</sup> Avdeling for gynekologi og obstetikk, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

<sup>5</sup> Institutt for allmennmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim

<sup>6</sup> Kvinneklinikken, St.Olavs Hospital, Trondheim

\* Delt sisteforfatterskap

**Bakgrunn:** Det er rapportert at amming reduserer risikoen for overvekt/fedme og astma hos barn. Mors metabolske helse er sjelden tatt hensyn til i studier om amming og barns helse.

**Mål:** Å undersøke betydningen av mors metabolske helse på sammenhengen mellom amming og overvekt/fedme og astma hos barn.

**Metode:** Data fra Mor-Far-Barn studien og Medisinsk Fødselsregister. 45 193 mor-barn par med oppfølging fra svangerskapsuke 17 til 7-års alder. Generaliserte estimeringsligninger og logistisk regresjonsmodeller ble brukt å estimere oddsene for overvekt/fedme og astma i 1) ujustert modell, 2) justert for vanlige konfundere og 3) i tillegg justert for materielle metabolske faktorer.

**Resultater:** I ujusterte analyser var lengre amming assosiert med lavere odds for overvekt/fedme ved 7 års alder. Justert for både vanlige konfundere og mors metabolske helse, viste en ubetydelig effekt av ammevarighet på overvekt/fedme (OR 0-2 måneder: 1,15 (0,92 til 1,44), 3-5 måneder: 1,05 (0,85 til 1,31), 6-8 måneder: 0,94 (0,77 til 1,14), 9-11 måneder: 0,92 (0,75 til 1,12), ≥12 måneder: 0,94 (0,77 til 1,14)). Ved 7 års alder så lengre amming ut til å redusere risikoen for astma i ujusterte analyser, mens justert for konfundere og mors metabolske helse, var reduksjonen av astma ikke signifikant (OR 0-2 måneder: 1,22 (0,98 til 1,54), 3-5 måneder: 1,15 (0,92 til 1,43), 6-8 måneder: 0,96 (0,78 til 1,18), 9-11 måneder: 0,90 (0,73 til 1,10), ≥12 måneder: 0,89 (0,73 til 1,09)).

**Konklusjon:** Vi fant ingen overbevisende sammenheng mellom ammevarighet og overvekt/fedme eller astma. Mors metabolske helse, snarere enn morsmelk, kan forklare den tidligere rapporterte risikoreduksjonen for overvekt/fedme hos avkom.



## P3 Forløsning ved seteleie - endrede retningslinjer, og erfaringer fra et norsk lokalsykehus

Darell, A.<sup>1\*</sup>, Dalgård E.<sup>1\*</sup>, Nakling, Ole J.<sup>2</sup>, Wisborg, T.<sup>1,3</sup>, Vidringstad M.<sup>2</sup>

\* Delt førsteforfatterskap

<sup>1</sup> Universitet i Tromsø, Norges arktiske universitet

<sup>2</sup> Hammerfest sykehus, Fødeavdelingen

<sup>3</sup> Hammerfest sykehus, Anestesi- og intensivavdelingen

**Bakgrunn:** Seteleie til termin er forbundet med økt neonatal mortalitet og morbiditet som ikke påvirkes av forløsningsmetode. Det har vært faglig diskusjon om forløsningsmetode, spesielt etter en stor studie publisert i 2000, Term Breech Trial. Den konkluderte med økt neonatal morbiditet og mortalitet ved vaginal seteforløsning.

**Mål:** Vi ønsket å se på utviklingen i norske anbefalinger, og gjennomgå forløsningsmetoder og utfall for setefødsler på et lokalsykehus i en 20 års periode.

**Metode:** Vi gikk gjennom Veileder i fødselshjelp fra 1995 frem til 2024. Vi gjennomgikk data fra alle kvinner med ett foster og seteleie fra svangerskapsuke 35+0 i perioden 01.01.2004-31.12.2023, ved fødeavdelingen på Hammerfest sykehus (n=272).

**Resultater:** Siden 1995 er norsk veileder, kapittel om seteleie, blitt mer liberal til vaginal forløsning. Kapittelrevisjonene ble ikke påvirket av den nevnte studien i 2000. Pelvimetri som seleksjonsgrunnlag er borte. Øvre vektgrense er økt til 4,5 kg. Analgesi, amniotomi og episiotomi har dreid til nå å være anbefalt på vanlige obstetriske indikasjoner.

I datamaterialet fra Hammerfest var andelen vaginale forløsninger 21%, akutte keisersnitt 35% og planlagte keisersnitt 44%. Mange kvinner ble i 20-årsperioden selektert til elektivt keisersnitt på medisinske kriterier som i dag ikke lenger er gjeldende. 62% av planlagte vaginale forløsninger endte i akutt keisersnitt. Det ble ikke registrert mortalitet eller morbiditet hos de nyfødte, hverken ved keisersnitt eller vaginal forløsning. Andelen vaginale forløsninger i Hammerfest har økt siden 2019, de siste to årene rundt 50%.

**Konklusjon:** Nasjonale kriterier for vaginal setefødsel liberaliseres. Vaginal setefødsel på et velforberedt lokalsykehus er trygt for barn og mor når seleksjonskriterier og veileder følges.

## P4 A crazy hypothesis

Eggebo, Torbjørn M.<sup>1,2</sup>, Eymundsdottir, Ásta<sup>1</sup>, Sande, Ragnar K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway

<sup>2</sup> Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

**Background:** Preeclampsia is a condition affecting both the placenta and the maternal kidneys, but who is first – placenta or the kidneys?

Why is it only a human disease?

Why is aspirin most effective during the night?

Why is preeclampsia common in black African women?

Why is the right maternal renal pelvis usually larger than the left during pregnancy?

**Hypothesis:** We hypothesized that compression of the left renal vein may be associated with late preeclampsia. The left renal vein may be compressed when passing the spine and the aorta, leading to increased interstitial renal pressure and activation of the renin-angiotensin system. Vaso active substances may be transported directly to the placenta through retrograde flow in the left ovarian vein. The recovery position may be beneficial.

**Methods:** We will examine 20 pregnant women in the third trimester with MRI when laying on the back, and in the left and right recovery position; 10 women with uncomplicated pregnancies and 10 with late preeclampsia.

**Objectives:**

1: Compare the diameter of the left maternal renal vein in the third trimester in when lying in the three positions

2: Compare the size of the right and left renal veins

3: Investigate if there is an association between compression of the left maternal renal vein and the diameter of the left ovarian vein

5: Compare the size of the kidneys and the size of the renal pelvises.

6: Examine at which gestational age the fundus of the uterus reaches the level of the left maternal renal vein.

## P5 Cesarean delivery in women with congenital heart disease - a nationwide cohort study

Sandberg, Marit<sup>1,2</sup>, Fomina, Tatiana<sup>3</sup>, Maccsali, Ferenc<sup>2,4</sup>, Greve, Gottfried<sup>1,5</sup>, Øyen, Nina<sup>3,6</sup>, Leirgul, Elisabeth<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Department of Clinical Science, University of Bergen, Norway

<sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

<sup>3</sup>Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Norway

<sup>4</sup>Norwegian Institute of Public Health, Norway

<sup>5</sup>Department of Heart Disease, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

<sup>6</sup>Department of Medical Genetics, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

**Background:** More women with congenital heart disease (CHD) are pursuing pregnancy. Although their heart condition may impact the pregnancy and necessitate interventions during childbirth, cesarean delivery is generally recommended reserved for obstetric indications.

**Methods:** We investigated all childbirths in Norway from 1994 to 2014 and compared childbirths of women with mild and moderate/severe CHD to childbirths of women without heart disease. The association between CHD in women and cesarean delivery was estimated using log-binomial regression, and time trends were assessed using Joinpoint regression adjusted for maternal age and time of childbirth.

**Results:** Among 1 218 452 childbirths, 2425 were in women with mild CHD, and 603 were in women with moderate/severe CHD. Mild CHD in women was associated with more frequent cesarean delivery (18.9%, aRR 1.27, 95% CI 1.18–1.39), and the associations were stronger with moderate/severe CHD (26.2%, aRR 1.80, 95% CI 1.57–2.05), compared to women without heart disease (14.8%). Women with CHD faced increased risks of both planned and emergency cesarean deliveries. Notably, the rates of cesarean deliveries from 1994–2014 rose about 2% per year in women with mild CHD, aligning with the general population trend, but did not change in women with moderate/severe CHD.

**Conclusion:** Women with CHD had higher risks of cesarean delivery compared to women without heart disease. The increasing rate of cesarean delivery in women with mild CHD aligned with the general population trend from 1994–2014, while the rates remained stable in women with moderate/severe CHD.

## P6 Amming hos kvinner med polycystisk ovariesyndrom (PCOS) sammenliknet med kvinner fra den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa), en kohort-studie

Husby, Anne<sup>1,2</sup>, Simpson, Melanie R.<sup>3</sup>, Dalbye, Rebecka<sup>4,5</sup>, Løvvik, Tone<sup>1,2\*</sup>, Vanky, Eszter<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim

<sup>2</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

<sup>3</sup> Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

<sup>4</sup> Kvinneklinikken, Sykehuset Østfold

<sup>5</sup> Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslo Met

\* Delt sisteforfatterskap

**Bagrunn:** Kvinner med PCOS har økt forekomst av fedme, diabetes og hypertensjon, samt høyere risiko for svangerskapsdiabetes, preterm fødsel, preeklampsi og veksthemming hos fostret. Noen studier indikerer redusert fullamming hos kvinner med PCOS og antyder at overvekt og ikke PCOS i seg selv påvirker ammingen negativt.

**Mål:** Primært endepunkt er fullamming en måned postpartum hos kvinner med PCOS sammenliknet med referansepopulasjonen. Sekundære endepunkt er metformin og metabolske faktorer påvirkning på fullamming i PCOS-gruppen.

**Metode:** Vi benyttet ammedata fra 653 kvinner med PCOS fra tre randomiserte studier på metforminbruk i svangerskapet. Referansepopulasjonen er 63927 mor-barn-par fra MoBa- studien. Logistisk regresjon ble benyttet i analysene.

**Resultater:** Kvinner med PCOS fullammer mindre én måned postpartum enn referansekvinner (OR 0.55(0.46–0.66), p-verdi <0.001). Normalvektige kvinner med PCOS fullammer like ofte som normalvektige kvinner uten PCOS (OR 1.13 (0.76–1.67) p-verdi 0.558). Overvektige og obese kvinner med PCOS fullammer mindre enn referansepopulasjonen i samme vektkategori (OR 0.53 (0.39–0.73) p-verdi <0.001) og (OR 0.64 (0.49–0.84) p-verdi < 0.001) respektivt. Vi fant ingen forskjell i fullamming mellom metformin- og placebobehandlede kvinner med PCOS. Gestasjonsdiabetes og hypertensjon påvirket ikke fullamming hos PCOS, mens høyere BMI var assosiert med mindre fullamming.

**Konklusjon:** Generelt fullammer kvinner med PCOS mindre enn referansekvinnene. Normalvektige kvinner med PCOS fullammer like mye som normalvektige referanse-kvinner. I tillegg til overvekt/fedme, utgjør PCOS-status en ytterligere negativ faktor for fullamming. Metforminbehandling, svangerskapsdiabetes eller hypertensjon påvirker ikke fullamming hos kvinner med PCOS.

## P7 INFMUM: INFeksjoner hos MOR – en pilotstudie om digitale verktøy for systematisk registrering og gjennomgang av behandlingsforløp ved maternell sepsis

Røe, Kjerstine<sup>1,2</sup>, Mentzoni, Camilla<sup>3</sup>, Christiansen, Marit H.<sup>2</sup>, Sørbye, Ingvil K.<sup>4,5</sup>, Sun, C.<sup>6</sup>, Fjeldstad, T.<sup>6</sup>, Sande, Ragnar K.<sup>1,2</sup>, Torkildsen, Cecilie F.<sup>1,2</sup>, Vangen, Siri<sup>7</sup>, Nyfløt, Lill<sup>7,8</sup>, Nguyen, Truc T.<sup>3</sup>, Klungsoyr, Kari<sup>1,3</sup>, Engjom, Hilde M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universitetet i Bergen (UiB)

<sup>2</sup> Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssykehus (SUS)

<sup>3</sup> Folkehelseinstituttet (FHI)

<sup>4</sup> Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus (OUS)

<sup>5</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo (UiO)

<sup>6</sup> Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus (HUS)

<sup>7</sup> Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Oslo Universitetssykehus (OUS)

<sup>8</sup> Kvinneklivnikken, Drammen sykehus

**Bakgrunn:** Maternell sepsis er en livstruende tilstand som krever rett behandling til rett tid. WHO anbefaler overvåking og læring av alvorlige maternelle og perinatale utfall. I flere europeiske land er det etablert systematisk overvåking av alvorlige svangerskapskomplikasjoner og gjennomgang av behandlingsforløp (audit). Norge mangler et slikt system. INFMUM bygger på erfaringer fra blant annet britiske Mothers and Babies Reducing Risk through Confidential Enquiries (MBRRACE-UK).

**Mål:** Pilotstudien i INFMUM har mål om å utvikle digitale verktøy for innhenting av klinisk informasjon og gjennomgang av pasientforløp ved maternell sepsis for å lære av forløpene. På lang sikt er målet etablering av en systematisk registrering av alvorlige pasientforløp ved maternell sepsis.

**Metode:** Studien inkluderer pasienter ved Haukeland, Stavanger og Oslo Universitetssykehus i tidsrommet 2016 til 2025. Inkludjonskriteriet er sepsis i svangerskap/barseltid der kvinnen har vært innlagt intensivavdeling. Med bidrag fra partnere og en tverrfaglig rådgivningsgruppe, identifiserte vi relevante kliniske opplysninger for alvorlige sepsisforløp og utviklet et standardisert, digitalt skjema for registrering. Dataene blir eksportert til et app-basert vurderingsvindu som benyttes når gruppen evaluerer pasientforløpene.

**Resultater:** Studien er pågående. Foreløpige erfaringer viser at det er vanskelig å identifisere maternell sepsis retrospektivt basert på diagnosekoder i pasientjournal. Nettskjemaet er testet i tre versjoner og første utviklingsfase for vurderingsappen er ferdig. Den digitale løsningen har vært nyttig, men vi anbefaler særlig oppmerksomhet på formatering av kodebok og endelig datasett.

**Konklusjon:** INFMUMs pilotstudie vil øke kunnskapen om alvorlige forløp ved maternell sepsis og legge grunnlaget for en fremtidig systematisk registrering, evaluering og kvalitetssikring ved alvorlige behandlingsforløp.

## P8 Utvikling av ny infrastruktur for overvåking av maternell vaksinasjon i Norge

Engjom, Hilde M.<sup>1</sup>, Skår, F.<sup>2</sup>, Meijerink, H.<sup>3</sup>, Bakken, Inger J. L.<sup>4</sup>, Dahl, Jesper<sup>3</sup>, Halvorsen, Guri S.<sup>5</sup>, Dvergsdal, Evy T.<sup>6</sup>, Greve-Isdahl, Margrethe<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Medisinsk Fødselsregister, Avdeling for Helseregisterforskning- og utvikling, Folkehelseinstituttet

<sup>2</sup> Avdeling for luft-, blod- og seksuell smitte, Folkehelseinstituttet

<sup>3</sup> Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet

<sup>4</sup> Norsk pasientregister, Avdeling for registerkvalitet, Folkehelseinstituttet

<sup>5</sup> Medisinsk Fødselsregister, Avdeling for helseregistre, Folkehelseinstituttet

<sup>6</sup> Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet

**Bakgrunn:** Vaksinasjon i svangerskapet beskytter gravide mot alvorlig sykdom og kan beskytte foster og nyfødte mot alvorlig utfall som følge av infeksjon. Gravide anbefales nå vaksine mot sesonginfluensa, koronavirus og kikhoste. Overvåking av vaksinasjonsdekning hos gravide har vært mangelfull, og i forbindelse med innføring av kikhostevaksine til gravide skal dette bedres.

**Mål:** Bedre data om oppslutning for maternell vaksinasjon og utvikling av nye verktøy til fortløpende overvåking av vaksinedekning.

**Metode:** Fra 1.1.2024 ble sentrale helseregistre samlet ved Folkehelseinstituttet. Nå pågår arbeidet med ny infrastruktur for kobling slik at infeksjon og vaksinasjon hos gravide kan overvåkes fortløpende. Data fra Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), Norsk Pasientregister (NPR) og Medisinsk Fødselsregister (MFR) sammenstilles.

**Resultater:** Informasjon i MFR om 327134 kvinner som fødte 2018–2023 sammenstilles med informasjon om vaksinasjon i SYSVAK og prosedyrekoder i NPR. Med utgangspunkt i dette beregnes årlig dekningsgrad for influensa og korona-vaksine og dekningsgrad i sårbare grupper (migrant-bakgrunn, kronisk sykdom). Sammenstilling av NPR og MFR belyser om prosedyrekoder, som rutineultral lyd, kan bidra til å identifisere kvinner under svangerskapet og dermed etablere fortløpende overvåking av vaksinedekning.

**Konklusjon:** Overvåking av vaksinasjon i svangerskapet med anbefalte vaksiner har vært mangelfull. Ny infrastruktur basert på nasjonale helseregistre kan gi bedre kunnskap for overvåking og planlegging av tiltak. Bruk av ultral lyd-koder fra spesialisthelsetjenesten kan potensielt forbedre framtidig overvåking av vaksinedekning hos gravide.

## P9 Nordic Randomized Trial On Laparoscopic Versus Vaginal Cerclage- NORACT

Hald, Kirsten<sup>1,\*</sup>, Sugulle, Meryam<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus, Universitetet i Oslo

<sup>2</sup> Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

\*På vegne av «NORACT Norwegian Study Sites»

**Bakgrunn:** Både vaginal og abdominal cerclage kan forebygge for tidlig fødsel, men det foreligger begrenset kunnskap om hvordan fordeler og ulemper ved disse to metodene skal vektlegges sett opp mot ulike kvinners risiko for å føde for tidlig. En elektiv vaginal cerclage er et mindre omfattende inngrep, kan utføres i regionalanestesi og muliggjør en vaginal fødsel. En laparoskopisk cerclage, med potensiell fordel av en mer kranial plassering krever spesialkompetanse, generell anestesi, sectioforløsning og langtidseffekter er ukjent. Randomiserte, kontrollerte studier (RCT) som sammenligner metodene finnes ikke. Det er stor variasjon i hvordan disse metoden blir brukt, både i Norden og internasjonalt.

**Mål:** Å sammenligne laparoskopisk og vaginal cerclage hos kvinner med risiko for preterm fødsel på grunn av cervixinsuffisiens. Primært endepunkt er risiko for fødsel før uke 32, sekundære endepunkter er materielle og neonatale komplikasjoner samt pasienttilfredshet.

**Metode:** Åpen, multisenter RCT med en inkludert pilotstudie utgående fra Århus Universitetssykehus, Danmark støttet av Novo Nordic Foundation. Studiesteder i Norge: Universitetssykehusene OUS, Haukeland, Stavanger, St Olavs Hospital, Akershus. Deltagende nordiske land: Danmark, Finland, Sverige, Island. Inklusjonskriterier: kvinner med risiko for prematur fødsel der kliniker er i tvil om laparoskopisk eller vaginal cerclage vil være best.

**Resultater:** Ingen resultater foreligger ennå. Rekrutteringsstart Århus: januar 2024; Oslo Universitetssykehus: August 2024.

**Konklusjon:** Det er viktig å velge riktig metode for hver enkel kvinne der det foreligger indikasjon for cerclageanleggelse for å gi størst mulig helsegevinst. Vi oppfordrer til å henvise kvinner med risiko for preterm fødsel på grunn av cervixinsuffisiens til et av de norske studiestedene.

## P10 Er vanlige urinvegs patogener i prøve fra engangskateter relatert til lekkasjesymptomer og resturin hos kvinner operert med tensjonsfri vaginaltape (TVT)?

Volløyhaug, Ingrid<sup>1,2</sup>, Larssen, Kjersti W.<sup>3</sup>, Haugum, Kjersti<sup>3</sup>, Solhaug, Berit R.<sup>1,2</sup>, Nyhus, Maria Ø.<sup>1,2</sup>, Svenningsen, Rune<sup>4,5,6</sup>, Skage, Jannicke<sup>3</sup>, Afset, Jan E.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken St. Olavs Hospital

<sup>2</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), NTNU

<sup>3</sup> Avdeling for medisinsk mikrobiologi, St. Olavs hospital

<sup>4</sup> Kvinneklivnikken, Oslo universitetssykehus

<sup>5</sup> Institutt for klinisk medisin UiO

<sup>6</sup> Norsk kvinnelig inkontinensregister (NKIR)

**Bakgrunn:** Resturin og urinvegsinfeksjon er mulige komplikasjoner til TVT. Forekomst av urinvegs patogener i sammenheng med inkontinenssymptomer etter TVT er lite kjent.

**Mål:** Undersøke forekomst av vanlige urinvegs patogener relatert til lekkasjesymptomer, fornøydhet og resturin etter TVT.

**Metode:** Tverrsnittstudie av 127 TVT-opererte kvinner ved St. Olavs Hospital i 2001-2006 og 2011-2012. Kvinnene svarte på et validert spørreskjema i 2022. Vi målte resturin og gjennomførte bakteriedyrkning i to dager på kromagar og blodagar fra engangskateterurin. Forekomst av symptomer, fornøydhet og resturin ble sammenliknet mellom kvinner med og uten signifikant vekst (definert som  $\geq 1.000$  cfu/ml) av vanlige urinvegs patogener.

**Resultater:** Seksten kvinner (13%) hadde signifikant vekst av vanlige urinvegs patogener (*Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Aerococcus urinae*), hvorav 9 (56%) hadde positiv urinstix (leukocytter eller nitritt). Førtini kvinner (45%) hadde stressindex  $>3$ , 53 (44%) hadde urgencyindex  $>3$ , 94 (82%) var fornøydde med TVT og 8 (9%) hadde resturin  $>200$  ml. Kvinner med urinvegs patogener hadde, sammenliknet med de uten, høyere forekomst av stressindex  $>3$  (14% vs. 8%), urgencyindex  $>3$  (15% vs. 10%) og flere var misfornøydde med TVT (19% vs. 9%). Forskjellene var ikke signifikante ( $p > 0,05$ ). BMI var lik (27,2 vs. 27,6 kg/m<sup>2</sup>), men kvinner med urinvegs patogener var signifikant eldre (71,5 vs. 58,1 år) og hadde oftere resturin  $>200$  ml (50% vs. 7,5%),  $p < 0,001$ .

**Konklusjon:** Vi fant ikke-signifikant flere med lekkasjesymptomer og misnøye med TVT blant kvinner med urinvegs patogener. Høy alder og resturin  $>200$  ml var assosiert med urinvegs patogener. Bare halvparten med urinvegs patogener hadde positiv urinstix. Urin bør derfor dyrkes ved høy resturin etter TVT.



# Utrogestan®

(mikronisert progesteron)

– til forebygging av gjentatte spontanaborter\*

NY INDIKASJON  
OG STYRKE

400 mg x 2  
dagligt i behandlingsperioden



Referanse: Utrogestan SPC 400 mg, 01.11.2023.

#### Utvalgt sikkerhetsinformasjon

- **Kontraindikasjoner:** Gulsott, alvorlig nedsatt leverfunksjon, udiagnostisert vaginalblødning, karsinom i bryst-eller kjønnsorganer, tromboflebitt, tromboemboliske sykdommer, cerebral blødning, porfyri, allergi mot nøtter/soya.

#### Advarsler og forsiktighetsregler:

- Fullstendig medisinsk undersøkelse foretas før oppstart og regelmessig under behandling.

#### Utrogestan (progesteron) vaginalkapsler 400 mg

**Indikasjon:** Til forebygging av spontanabort hos kvinner som får blødning i første trimester av svangerskapet og som tidligere har opplevd spontanabort.

- Skal kun brukes ved truende spontanabort i første trimester og opptil 16. svangerskapsuke og skal kun administreres vaginalt.
- Ikke egnet som prevensjonsmiddel.
- Seponeres ved "missed abortion".

**Bivirkninger:** Kløe, vaginal blødning og utflod kan forekomme.  
**For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Utrogestan SPC 400 mg, 01.11.2023.**

**Dosering:** 400 mg to ganger daglig (morgen og kveld). Behandlingen bør igangsettes i første trimester av svangerskapet, ved første tegn på vaginalblødning, og bør fortsette til 16. svangerskapsuke.

**Pakninger og priser (AUP):** Vaginalkapsler 15 stk.: kr 259,50. Reseptgruppe C.

## P11 Reduksjon av postoperative infeksjoner ved laparoskopisk hysterektomi som ledd i et kvalitetsforbedringsarbeid

Skrøppa, Siri<sup>1</sup>, Lakskjønn, Monika<sup>1</sup>, Råknes, Toril<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold HF

<sup>2</sup> Norsk Gynekologisk Endoskopiregister

**Bakgrunn:** Siden 2021 har Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER) registrert økning av moderat alvorlige postoperative komplikasjoner i forbindelse med laparoskopisk hysterektomi (LH) ved gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold, sammenliknet med nasjonale tall. I perioden 2020-2023 utgjorde infeksjon hovedandelen av moderat alvorlige postoperative komplikasjoner med 76%. Dette tilsvarer en infeksjonsrate på 6,0%.

**Mål:** Identifisere eventuelle endringer i behandlingen som årsak til stigning i postoperative infeksjoner slik at målrettede tiltak kan settes inn, og dermed redusere andelen postoperative infeksjoner.

**Metode:** Retrospektiv analyse. Pasientdata er hentet fra NGER, og registrert i kvalitetssystemet Ereg. Ytre Oslofjords Forbedringsutdanning er gjennomført med et kvalitetsprosjekt hvor forbedringsmodellen er brukt, og som ledd i den er det utført sammenlikning med 5 andre gynekologiske avdelinger, gjennomgang av pasientsløyfen samt gjennomgang av journal og kurve til alle pasientene som ble reinlagt med komplikasjoner samt en tilfeldig utvalgt kontrollgruppe.

**Resultater:** To hovedproblemer ble identifisert: 1. 68% av pasientene med infeksjon fikk ikke profylaktisk antibiotika til anbefalt tid. Dette ble tolket som mulig risikofaktor. Ansvarsområdet ble identifisert og rutiner endret. Sammenlikning med kontrollgruppen viste ikke signifikant sammenheng med tidspunkt for antibiotikaadministrering og postoperative infeksjoner. 2. 45% av pasientene med postoperativ infeksjon hadde en CRP under 100 ved reinnleggelse.

**Konklusjon:** Det ble ikke sett signifikant sammenheng med tidspunkt for antibiotikaadministrering og postoperative infeksjoner. Avdelingen har for lav terskel for reinnleggelse som oppskalere graden av komplikasjonen. Rutiner bør endres slik at flere behandles poliklinisk. Videre undersøkelser er viktig for å identifisere andre risikofaktorer. Dette forbedringsarbeidet viser hvordan NGER er et viktig verktøy for å sikre kvaliteten i gynekologisk behandling.

## P12 Kroniske underlivssmerter blant kvinner i HUNT4

Weinhold, Francesca S.<sup>1,2</sup>, Stafne, Signe N.<sup>3</sup>, Glette, Mari<sup>4,5</sup>, Steingrímsdóttir, Ólöf A.<sup>6</sup>, Hagemann, Cecilie T.<sup>2,7</sup>

<sup>1</sup> Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim

<sup>2</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), NTNU

<sup>3</sup> Rehabiliteringsklinikken, Avdeling ergo- og fysioterapeuter, St. Olavs hospital HF

<sup>4</sup> Avdeling for smerte og sammensatte lidelser, St. Olavs hospital HF

<sup>5</sup> Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU

<sup>6</sup> Folkehelseinstituttet, Oslo

<sup>7</sup> Kvinneklinikken, St. Olavs hospital HF

**Bakgrunn:** Langvarige underlivssmerter (persistent pelvic pain, PPP) kan ha betydelig påvirkning på arbeidsevne, sosialt liv, parrelasjon og seksualliv, samt redusere livskvalitet og psykisk helse. Definisjonen av PPP varierer i ulike studier. De fleste inkluderer en varighet av plager på > 6 mnd. og en lokalisasjon av smertene i nedre del av mage/underliv.

**Mål:** Vi vil i denne studien validere om ett enkelt spørsmål om PPP brukt i HUNT4 kan identifisere de kvinnene som faktisk har slike smerter. Vi vil også be dem som har PPP å beskrive nærmere detaljer om hvordan smertene oppleves og hvordan dette påvirker deres daglige aktiviteter. Valideringen vil innebære sensitivitets- og spesifisitetstesting, samt reliabilitetstester.

**Metode:** Vi vil sende ut et digitalt spørreskjema til de 29245 kvinnene som deltok i HUNT4 feltstasjon, der et digitalt kroppskart (the Graphical Index of Pain, GRIP) kombineres med tilleggsspørsmål om smertenens varighet, hyppighet, intensitet og påvirkning på daglige aktiviteter og søvn. Spørsmål om mens- og samleiesmerter vil også inkluderes.

Spørreskjemaet er bygget i Nettskjema ved Universitetet i Oslo og vi har opprettet prosjekt i Tjenester for Sensitive Data sammen med HUNT administrasjonen.

**Resultater:** Spørreskjemaet skal sendes ut september 2024 og analyser vil ikke være ferdig før våren 2025.

**Konklusjon:** Validering og tilleggs-spesifikasjon av det opprinnelige HUNT4-spørsmålet om PPP vil gi oss innsikt i omfanget og ringvirkningene blant kvinner som sliter med PPP. GRIP kan også vise seg å være nyttig kartleggingsverktøy før for eksempel kliniske undersøkelser og behandling, eventuelt ved evaluering av resultater av smertebehandling i klinikken.

## P13 Kvinneklubben, Akershus universitetssykehus (Ahus) internt elektronisk kvalitetsregister for kvinner med underlivs prolaps (descens urogenitalis)

Teig, Catherine J.<sup>1</sup>, Mai, Ha T.<sup>2</sup>, Engh, Marie E.<sup>2,3</sup>, Årving, Ida<sup>2</sup>, Hjelle, Tone Reinholdtsen<sup>4</sup>, Heberg, Kjersti L.<sup>2</sup>, Ekeland, Gunn S.<sup>2,3</sup>, Paulsen, Anne G.<sup>2</sup>, Ness, Vilde C.<sup>5</sup>, Noureen, Saeda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bekkensenteret, Kirurgisk divisjon, Akershus universitetssykehus

<sup>2</sup> Kvinneklubben, Akershus universitetssykehus

<sup>3</sup> Universitetet i Oslo

<sup>4</sup> IKT, Akershus universitetssykehus

<sup>5</sup> Fysioterapiavdelingen, Akershus universitetssykehus

**Bakgrunn:** Kvinneklubben ved Ahus opprettet et internt elektronisk kvalitetsregister i 2020 for å følge opp pasienter med underlivs prolaps før og etter kirurgi. Målet for registeret er å bidra til kvalitetsforbedring av helsetjenester rettet mot disse kvinnene.

**Mål:** Å rapportere resultater fra registret fra høsten 2022 til våren 2023 (01.08.22-31.07.23).

**Metode:** Det validerte spørreskjema PFDI-20 og generelle helse-spørreskjema samles inn digitalt eller via papir, fra pasienter preoperativt og 6 mnd. post-operativt. Alle pasientdata lagres elektronisk i RedCap databasen på Ahus. Videre oppfølging er basert på pasientens generelle helseopplysninger oppgitt 6 mnd. post-operativt, total- og subskala poengsum for PFDI-20. REDCap har et varslingsystem som identifiserer og informerer hvilke pasienter som skal innkalles til 6 måneders kontroll.

**Resultater:** 260 pasienter ble inkludert i kvalitetsregisteret i perioden og registeret hadde dekningsgrad på 76%. 68 pasienter fikk utført 6 måneders postoperativ kontroll i 2023. 50 pasienter (74 %) ble innkalt til time etter 6 måneders kontroll pga ingen signifikant forbedring postoperativt i PFDI-20 total poengsum, 36 (53%) rapporterte forverring i poengsum i PFDI-20 POPDI subskala, 21 (31%) opplevde nye postoperative plager i domene urin, tarm eller POP «i noen grad» eller «ganske mye», 11 (16%) rapporterte komplikasjoner og 11 (16%) rapporterte at operasjonen ikke hjalp. Noen pasienter hadde flere plager/problemer samtidig. I underkant av 85% av pasientene som ble innkalt til kontroll rapporterte at operasjonen «hjalp litt» til «hjalp svært mye».

**Konklusjon:** Datainnsamling ved hjelp av elektroniske spørreskjemaer for pasientrapporterte utfall (PROM) vil gjøre det enklere for legene å følge og vurdere pasientforløp, komplikasjoner, nyoppståtte plager og kirurgiske utfall for pasienter.

## P14 Accessory cavitated uterine malformation (ACUM): medfødt, ukjent og oversett. En case-serie og systematisk litteraturgjennomgang

Tellum, Tina<sup>1,2</sup>, Alvirovic, Jenny<sup>3</sup>, Majak, Guri<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Gynekologisk Avdeling, Oslo Universitetssykehus, Ullevål

<sup>2</sup> Nasjonal Kompetansetjeneste for Endometriose og Adenomyose

<sup>3</sup> Aleris Sykehus Frogner, Kirurgi

**Bakgrunn:** «Accessory cavitated uterine malformation» (ACUM) er en relativt nylig beskrevet medfødt uterin anomali, bestående av en aksessorisk, ikke-kommunisierende uterinhule. Forskjellige og dels misvisende begrep blir brukt for å beskrive ACUM, som «juvenil cystisk adenomyose». Tilstanden blir ofte feiltolket eller oversett.

**Metode:** Case serie av tre kasuistikker inklusive MR, ultralyd og intraoperative bilder. Systematisk litteraturgjennomgang av PubMed, Medline og Web of science, med vurdering av alle artikler som beskriver uterine lesjoner forenlig med ACUM. Kliniske og radiologiske data ble ekstrahert.

**Case serie:** Tre kvinner som ble behandlet for ACUM ved OUS. Ved diagnosetidspunktet var de 16, 29 og 39 år gamle. Behandling bestod av kirurgi for to av pasientene og ekspektans i det tredje tilfellet som vi også fulgte gjennom påfølgende graviditet.

**Resultater litteratursøk:** Totalt 53 artikler med 115 kasus oppfylte minimumskriteriene for ACUM og ble inkludert. Median alder ved symptomdebut var 17 år, med dysmenoré kort tid etter menarke. 19 hadde født barn. 95 (83%) ble behandlet kirurgisk i forløpet, men forsinket diagnose med empirisk primærbehandling var vanlig. Langtidsoppfølging og rapportering av fertilitetsutfall var sporadisk. Følgende definisjon er foreslått: ACUM er en kavitet lesjon, omgitt av en myometriell mantel, i kontinuitet med den anterolaterale livmorveggen og lokalisert inferiolateralt av lig. rotundum og den interstitielle delen av tuben. En normal uterincavitet må foreligge.

**Konklusjoner:** Til tross for økende anerkjennelse som en egen klinisk tilstand, forblir ACUM ofte underdiagnostisert da den deler likheter med andre myometri-funn som myomer eller adenomyose. Diagnosen kan stilles ved ultralyd og er viktig for behandlingsvalg.



## P15 Svangerskap utenfor livmoren, fødsler og aborter blant kvinner i Sør-Trøndelag 2005 – 2021

Kielland, Lea R.<sup>1</sup>, Knudsen, Haakon K.<sup>1</sup>, Skjeldestad, Finn E.<sup>2</sup>, Hagemann, Cecilie T.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

<sup>2</sup> UiT, Norges arktiske universitet

<sup>3</sup> Kvinneklinikken, St. Olavs hospital, Trondheim

<sup>4</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

**Bakgrunn:** St. Olavs hospital behandler alle ekstrauterine svangerskap (EXU) i Sør-Trøndelag. I en tidligere studie fra Sør-Trøndelag falt forekomsten av EXU fra 1.6 per 1000 kvinner i 1990 til 0.8 i 2004. I løpet av de siste 10 årene har man sett en markant nedgang i antall fødsler og induserte aborter i Norge. Om dette også gjelder EXU-tall er ukjent. Formålet med studien var å undersøke EXU-rater sammenliknet med fødsels- og abortrater per 1000 kvinner for 2005-2021 i Sør-Trøndelag.

**Metode:** Retrospektiv deskriptiv studie blant kvinner 15–44 år i Sør-Trøndelag. EXU data ble hentet og verifisert fra journal etter søk i St. Olavs hospitals journalsystem. Fødsels- og aborttall ble hentet fra Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret, og populasjonsdata fra Statistisk sentralbyrå.

**Resultater:** Gjennomsnittlig årlig insidens av første EXU per 1000 kvinner økte beskjedent fra 0.46 i 2005–2009 til 0.60 i 2020–2021. Parallelt med dette falt fødselsraten fra 61.6 per 1000 kvinner til 50.1 og abortraten fra 15.4 per 1000 kvinner til 8.9 per 1000 kvinner fra hhv 2005–2009 til 2020–2021. Følgelig fant vi økning i ratene EXU/fødsel (fra 7.8 til 12.9 EXU per 1000 fødsler) og EXU/abort (fra 31.5 til 72.1 EXU per 1000 aborter).

**Konklusjon:** Gjennomgangen av trender i EXU-, fødsels- og abortrater i et norsk fylke gjennom 16 år viser at forekomsten av EXU har vært nesten uendret, mens både fødsels- og abortrater har falt. Imidlertid savnes oppdaterte nasjonale og internasjonale studier for sammenlikning og for bedre overvåkning av alle typer svangerskap med deres komplikasjoner.

## P16 Ekstern validering av prediksjonsmodellen «AdenoCAL» for diagnostisering av adenomyose ved bruk av transvaginal ultralyd – en nordisk prospektiv multisenterstudie

Omtvedt, Marianne<sup>1,2</sup>, Nygård, Ståle<sup>3</sup>, Skrøppa, Siri<sup>4</sup>, Ringen, Ingrid M.<sup>5</sup>, Joronen, Kirsi<sup>6</sup>, Lieng, Marit<sup>1,2</sup>, Tellum, Tina<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus

<sup>2</sup> Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

<sup>3</sup> Senter for bioinformatikk, Universitetet i Oslo

<sup>4</sup> Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold

<sup>5</sup> Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital

<sup>6</sup> Gynekologisk avdeling, Turku Universitetssykehus/Universitet i Turku, Finland

**Bakgrunn:** I en tidligere studie utviklet vi en prediksjonsmodell som predikerte sannsynligheten for tilstedeværelse av adenomyose basert på åtte ultralydtegn og ett klinisk tegn. Modellen viste en meget god testkvalitet (area under the curve [AUC] 0.86).

**Mål:** Å eksternt validere prediksjonsmodellen samt sammenligne modellens ytelse blant ikke-erfarne undersøkere og en erfaren undersøker (ekspert) i ultralyddiagnostikk av adenomyose.

**Metode:** Prospektiv, multisenterstudie utført i 02/2020–06/2022 med inklusjon av premenopausale kvinner, 18–52 år, søkt inn til hysterektomi på benign indikasjon. Preoperativ 2D/3D-transvaginal ultralyd ble utført av fire ikke-erfarne undersøkere. Bilder og video ble lagret og re-evaluert av en blindet ekspert. Følgende ni prediktorer ble vurdert: Hyperekkogene foci, radiær ekkoskygge, myometrielle cyster, globulær uterus, normal uterusform, asymmetri fremre/bakre vegg, maksimal bredde junctional zone (JZ) i sagittalplan, regulær JZ, dysmenorégrad. Histologisk verifisering av adenomyose var referansestandard. Vekten av de ulike prediktorene ( $\beta$ ) var predefinert og den diagnostiske ytelsen til modellen (AUC, sensitivitet, spesifisitet) ble beregnet.

**Resultater:** Av 528 pasienter ble 464 inkludert i den endelige analysen. 254/464 (54.7%) hadde histologisk verifisert adenomyose. Modellen viste en dårlig testkvalitet blant de ikke-erfarne og en god testkvalitet for eksperten: AUC (95% KI) hhv. 0.61 (0.55–0.66) og 0.72 (0.67–0.77), sensitivitet 65% (52–73%) og 64% (52–70%), spesifisitet 58% (48–65%) og 72% (58–78%). Resultatene var sammenlignbare med undersøkernes subjektive vurdering av adenomyose.

**Konklusjon:** Den validerte prediksjonsmodellen viste en dårlig testkvalitet blant ikke-erfarne undersøkere og den forbedret ikke treffsikkerheten ved diagnostisering av adenomyose. Ikke-erfarne overdiagnostiserte ultralydtegn, med resulterende lav spesifisitet. Funnene understreker viktigheten av ultralydopplæring og erfaring i å vurdere adenomyosespesifikke tegn.



## P17 Ble pasienter med bekkenbunnssykdommer påvirket av koronapandemien?

Bjørnsen, Mille M.<sup>1</sup>, Husøy, Jonatan<sup>1</sup>, Thornhill, Heidi F.<sup>2</sup>, Kråkenes, Bettina C.<sup>2</sup>, Trovik, Jone<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

<sup>2</sup>Gynekologisk avdeling, Haukeland Universitetssjuehus

**Bakgrunn:** Underlivsfremfall og urininkontinens er vanlige tilstander som behandles ved de fleste gynekologiske avdelinger. Gynekologisk fistel er langt sjeldnere, og behandling er sentralisert til Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler (NBTGF) ved Haukeland Universitetssjuehus. Helsetjenestetilbudet ble endret under koronapandemien da Norge stengte ned fra mars 2020.

**Mål:** Vi ville undersøke om utredning og behandling av bekkenbunnssykdommer ble påvirket av koronapandemien.

**Metode:** Retrospektiv kohortstudie av kvinner henvist til Haukeland Universitetssykehus mhp underlivsfremfall, urininkontinens eller gynekologisk fistel 2017-2018 (n=300) og 2020-2021 (n=286).

**Resultater:** Alle 198 kvinner henvist for fistelutredning ble ferdigvurdert av gynekolog ved første kontakt median 6 uker (95% konfidensintervall (KI) 5-7) fra henvisning. For 94/124 kvinner med bekreftet fistel ble kirurgi besluttet og 69/94 gjennomført ved første konsultasjon. Hverken tid fra henvisning til evaluering eller kirurgisk behandling var signifikant forskjellig mellom de to tidsperiodene (p>0,135).

For prolapspasienter økte tid fra henvisning til første undersøkelse fra median 12 uker 2017-18 (95%KI 10-14) til 23 uker (95%KI 17-25) 2020-21, p=0,003 men for 121/192 kvinner besluttet operert var det ingen forskjell i tid fra beslutning til operasjon i de to periodene, p=0,556.

For 192 inkontinenspasienter økte tid til første konsultasjon respektivt kirurgibestemmelse (93/192) fra median 9 uker (95%KI 7-10) og 22 uker (95%KI 19-23) til 26 uker (95%KI 24-30) og 53 uker (95%KI 49-57) alle p<0,001. Ved avslutning av studieinkludering median 41 uker (95%KI 31-51) etter henvisning var fortsatt 14 pasienter fra 2020-21 kohorten ikke evaluert, p<0,001.

**Konklusjon:** Under koronapandemien hadde kvinner henvist for descens og urininkontinens betydelig lengre ventetider, mens nasjonal fistepasientbehandling forble uaffisert.

## P18 Kan FistelPROspørreskjema brukes for å vurdere symptomer, besvær og livskvalitet hos kvinner med mistenkt gynekologisk fistelsykdom?

Jørs, Julie<sup>1</sup>, Thornhill, Heidi F.<sup>2</sup>, Kråkenes, Bettina C.<sup>2</sup>, Trovik, Jone<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

<sup>2</sup>Gynekologisk avdeling, Haukeland Universitetssjuehus

**Bakgrunn:** Gynekologiske fistler (unormale forbindelser mellom urinveier-genitalia-tarm) gir symptomer i form av urin- og avføringslekkasje. Kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssjuehus har fra 2012 hatt nasjonalt behandlingsansvar som Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler (NBTGF).

Symptombyrde og livskvalitet hos kvinner med underlivsfistel har vært lite undersøkt. NBTGF har videreutviklet symptomskjemaene fra Norsk Register for Analinkontinens (NRA) og Norsk Kvinnelig Inkontinens Register (NKIR) til FistelPRO-skjemaene EPRO og UPRO, disse inkluderer respektive spesifikke symptomspørsmål samt en felles besværsspørsmålsdel.

**Mål:** Vi ville undersøke om EPRO og UPRO viste sammenhenger mellom pasientrapporterte fistelsymptomer og besvær hos kvinner med påvist entero- eller urofistel mot dem uten fistel og validere mot det generelle livskvalitetsskjema Short-Form-12 (SF-12).

**Metode:** Prospektiv kohortstudie av kvinner henvist NBTGF mhp tarm- eller urinveisfistel 15.09.21 – 24.04.24. Deltagerne besvarte EPRO eller UPRO samt SF-12 før første undersøkelse.

**Resultater:** Av totalt 89 inkluderte hadde 50 enterofistel, 16 urofistel og 23 ingen fistel. Enterofistelgruppen rapporterte median Wexnerskår 8 (95%KI 6-11) og St. Marksskår 13 (95%KI 10-16). Stressinkontinensskår var median 9 (95%KI 7-11) ved urofistel mot 3 (95%KI 0-3, p=0,002) ved avkreftet fistel. Median SF-12-PCS (fysisk delskår) og SF-12-MCS (mental delskår) var <50 for alle tre pasientkategoriene. FistelPRObesværsskår var median 6 (95%KI 4-10) uten påvist fistel, enterofistel 9 (95%KI 8-11) og urofistel 14 (5-16, p=0,018). FistelPRObesværsskår korrelerte negativt med SF-12-MCS (p=0,018) og positivt med Stressindeks, St.Marks- og Wexnerskår (alle p<0,001).

**Konklusjon:** FistelPRO måler symptomer og påvirket besvær/livskvalitet hos kvinner med mistenkt gynekologisk fistel. UPRO viser tydelig forskjell i symptomskår hos kvinner med og uten fistel, mens EPRO ikke sikkert skiller symptomskår.

## P19 To systemer, én diagnose.

# En sammenligning av chorioamnionitt-registrering i Dips og Natus og Kvalitetssikringsprosjekt for diagnostikk og behandling av chorioamnionitt ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus

Bjørnstad, Emma L.<sup>1</sup>, Litleskare, Ingelin<sup>1</sup>, Kvalvik, Sedina<sup>1,2</sup>, Sørbye, Linn M.<sup>2</sup>, Ebbing Cathrine<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Universitetet i Bergen, Det Medisinske fakultet.

<sup>2</sup> Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus

**Bakgrunn:** Chorioamnionitt, en fødselskomplikasjon der fosterhinnene blir infisert/inflammert, kan være alvorlig for mor og barn. Registrering av chorioamnionitt ved Kvinneklinikken (KK), Haukeland universitetssykehus (HUS) skjer i to separate elektroniske journalsystemer, Dips og Natus. Registreringen utføres av henholdsvis leger og jordmødre, og data sendes til henholdsvis Norsk pasientregister (NPR) og Medisinsk fødselsregister (MFR). Som et ledd i kvalitetssikringsarbeid bør etterlevelse av retningslinjer undersøkes.

**Mål:** Å undersøke samsvar mellom registrering av chorioamnionitt i Dips og Natus journalsystemer.

**Materiale og metode:** Studien omfattet alle fødsler ved KK september 2013-juli 2023. Journalgjennomgang og validering av chorioamnionitt-diagnosen ble utført på et utvalg fødsler registrert med chorioamnionitt i Dips i 2016, samt fødsler der diagnosen kun var registrert i Natus (og ikke Dips). Demografiske og kliniske variabler, diagnoseregistrering og behandlingskvalitet ble undersøkt.

**Resultater:** Syvhundre og fire av 48 127 fødsler var registrert med chorioamnionitt i Dips og/eller Natus. Samsvaret mellom journalsystemene var akseptabelt (Cohens kappa = 0,37). Sensitiviteten for diagnoseregistrering i Natus var 24,5%. Journalgjennomgang av 78 fødsler viste at alle fødslene registrert med chorioamnionitt i Dips (i 2016) fylte diagnosekriteriene, mens dette ikke var tilfelle for Natus. Etterlevelsen av retningslinjer for håndtering av chorioamnionitt var lav; f.eks. var antibiotikabehandlingen i tråd med prosedyre i 47% av tilfellene.

**Konklusjon:** For chorioamnionitt fant vi lavere enn anbefalt grad av kodesamsvar mellom Dips og Natus, hovedsakelig grunnet underregistrering i Natus. Våre funn har betydning for institusjonen og for helseregistrene. Implementering av interoperable journalsystemer vil være viktig for å øke datakvaliteten og bedre kommunikasjon om, og selve pasientbehandlingen.

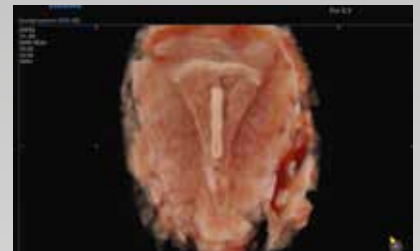
# Step Up Confidence with Samsungs New V-series

## Enriched diagnostic features with accuracy and precision

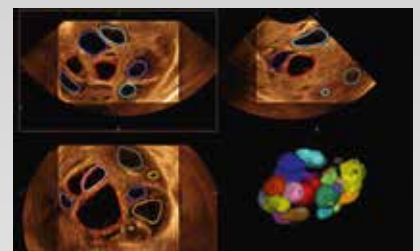
The new V-series consisting of the ultrasound models V8, V7 and V6, and combined exquisite imaging quality powered by Crystal Architecture™ with efficient, streamlined examinations enabled by AI-driven assist tools, and re-engineered workflow to fulfill the need of today's busy clinical environment. The sophisticated, ergonomic design showcases Samsung's careful craftsmanship and that comfort-in-use is high priority for your product experience.



### RealisticVue



### 5D Follicle



#### Redefined Imaging Technologies

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

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

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

#### Women's Health

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

#### Re engineered Workflow and Enhanced Customization

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

#### Comfort Design

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



#### Inter-Medical AS

Grini Næringspark 3 • 1361 Østerås  
Tlf: 95 25 78 47 • Mobil: 40 61 79 40

FOR HEALTH CARE PROFESSIONALS ONLY

**VEOZA™**  
fezolinetant

**NONHORMONAL**

# TREAT *the* HEAT

## WITH NONHORMONAL VEOZA

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

**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).<sup>2</sup>**

\* See section 5.1 in SmPC

Watch the mechanism of action at [www.veoza.no](http://www.veoza.no) or scan QR code



### 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](http://www.felleskatalogen.no).

Based on authorised SmPC dated 16 February 2024.

**\*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.**

**References:** 1. VEOZA SmPC §4.1 02.2024  
2. VEOZA SmPC § 4.3 & 4.4 02.2024



Astellas Pharma | Phone +47 66 76 46 00 | [www.astellas.com/no](http://www.astellas.com/no)