

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

2 • 2021



75 ÅR
1946 - 2021

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

Norsk gynekologisk forening 75 år
- Hva er nytt siden 50-årsjubileet? s. 10

Lederne har ordet s. 12

Invitasjon til Årsmøte i Tønsberg høsten 2021! s. 41

Gynekologen anbefaler jubileumsboken fra 1996: Midt i livet s. 60



**Norsk gynekologisk
forening**

DEN NORSKE LEGEFORENING

Solution providert in gynecology

Til behandling av
bekkenbunnsprolaps



Nytt
design
2021



i-Stitch gjør det mulig å feste suturer, uten omfattende disseksjon til strukturer det er vanskelige å nå, f.eks. det mediocraniale området av sacrospinous ligamentet.

Forbedret design!

- Ny, integrert suturholder
- Oppgradert for enklere innføring

Ta kontakt for gratis utprøving!

Tel. 21 67 65 00
post@aminordic.no

www.ami.at

BSC Mesh – Bilateral Sacrospinous Colposuspension
Den naturlige videreutviklingen av Amreich-Richters operasjonsteknikk gjennom bilateral fiksering fra sacrospinous ligamentet.



i-Cut

For LASH & Myomectomy
Ergonomisk og effektiv morcellering

+ More-Cell-System

Vil i kombinasjon med i-Cut betydelig redusere risikoen for uventet cellediffusjon.¹

¹ <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3788-9>

A.M.I. Nordic AS

Agency for Medical Innovations
Drammensveien 288
0283 Oslo, Norway
Tel. +47 21 67 65 00
post@aminordic.no



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Tale Meinich
LIS1, Ahus
tmeinich@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Irina Eide
PSL, Bodø
irina.eide@gmail.com

Øystein Bergøy

LiS, Stavanger universitetssykehus
oystein.bergoy@gmail.com

Bjørn Holdø

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

Nettredaktør

Inga Thorsen Vengen
MD, PhD, LiS Oslo universitetssykehus
inga.vengen@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

Cox Oslo AS
www.cox.no
ragnar.madsen@cox.no

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2021

Nr. 3 9/9-2021
Nr. 4 4/11-2021

Opplag: 1300



INNHOOLD

REDAKTØR	5
LEDER	7

NORSK GYNEKOLOGISK FORENING 75 ÅR

Norsk gynekologisk forening 75 år - Hva er nytt siden 50-årsjubileet?	10
Lederne har ordet	12
Operativ gynekologi – En generasjons tilbakeblikk	16
Utviklingen i gynekologisk privat praksis og avtalepraksis de siste 25 år	18
Gynekologisk endokrinologi i 25 år	20
Gynekologisk onkologi de siste 25 år – En utvikling å være stolt av	22
Bekkenmerter – Fra et knapt eksisterende fagfelt til hensiktsmessig behandling	24
Fødselshjelp gjennom 25 år	26
Ultralyd og fosterdiagnostikk – ved målet i Noreg etter 40 år?	28
Svangerskapsomsorgen – stor og viktig, og litt uvitenskapelig	30
Hyperemesis gravidarum – Har dette forandret seg i løpet av 25 år da?	32
Infertilitetsbehandling de siste 25 år – Stadig dagsaktuelt og i jevn utvikling	34

NGF-STYRET

Nytt fra NGF-styret	36
Viktige frister	38

ÅRSMØTET

Invitasjon til årsmøtet	41
Program	43

GYNEKOLOGER IMELLOM

Abort – eit tema for gynekologar	48
Covid-19 ved svangerskap og fødsel – Vitenskapelige resultater per mai 2021	50

FUGO

Kjære alle LiS og FUGOister!	52
FUGO-kurs høsten 2021	54

SPECIALITETSKOMITÉEN

Spesialitetskomiteens historie!	56
---------------------------------------	----

GYNEKOLOGEN MEMORERER

Keisersnittets (distrikts-)debut	58
----------------------------------------	----

GYNEKOLOGEN ANBEFALER

“Midt i livet” - 50 år med rivende utvikling	60
Ny nettbasert lærebok i Gynekologi og Obstetikk	62

GYNEKOLOGEN

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

Topp 5 grunner for å velge Angusta®

Angusta®
(misoprostol)

Den eneste godkjente orale behandlingen for induksjon av fødsel¹

- 1 Kvinner foretrekker oral behandling ved induksjon**
Mer enn 4 av 5 kvinner foretrekker oral misoprostol igjen ved en fremtidig fødsel.²
- 2 100.000 babyer**
Angusta har hjulpet mer enn 100.000 kvinner under en fødsel.³
- 3 Klar til bruk**
Riktig dosering av misoprostol er pakket i et blister som har en dobbel aluminiumsfolie.¹
- 4 Angustas® sikkerhetsprofil**
Sikkerhet ved bruk av Angusta er vist i et compassionate use program.¹
- 5 Nature's helping hand**
Enkel peroral administrasjon gir kvinnen mulighet til å bevege seg under det første stadiet av fødselen. Dette kan redusere tid før aktiv fødsel, samt redusere risikoen for keisersnitt.³



Dagsaktuell 75-åring – som alltid. Gratulerer med dagen!

I 2021 fyller Norsk gynekologisk forening 75 år. 50-årsjubileet ble feiret med brask og bram i 1996, samtidig som den innbundne jubileumsboken *Midt i livet* ble utgitt med Mette Haase Moen og Per Børdahl som redaktører. Boken gjør grundig rede for gynekologenes historie i Norge og er på ingen måte utdatert. Derfor ble det besluttet å ikke fornye jubileumsboken når foreningen nå fyller 75 år.

Denne utgaven av Gynekologen er viet til å feire store og små fremskritt i hele bredden av faget, med hovedvekt på tiden *etter* at jubileumsboken ble utgitt for 25 år siden. Et knippe kunnskapsrike kollegaer har tatt på seg utfordringen å oppsummere fremskritt og utfordringer innen sine fagfelt fra perioden, med en noe nådeløs ordgrense (til enkeltes fortvilelse).

Som ung kollega er det lett å tro at Gyn/obs er mer politisk dagsaktuelt enn noen gang, når både endometriose-, abort- og bioteknologi-debatt fyller mediene. Etter arbeidet med de overnevnte jubileumstekstene, og ikke minst etter at Mette Haase Moen gavmildt sendte meg en utgave av *Midt i livet*, har jeg forstått at dette ikke nødvendigvis stemmer. Det er langt fra første

gang gynekologenes arbeid preges av politiske svingninger, kvinnekamp eller bioteknologilovgivning. Politikk og samfunnsdebatt har alltid vært en del av hverdagen til gynekologene, og det er en stor del av hverdagen for Norsk gynekologisk forening.

Noen ganger lurer jeg på hvordan det er å jobbe med et medisinsk fagområde som ikke engasjerer politisk i samme grad som fødselshjelp og kvinnesykdommer. Er det kjedelig? Eller kanskje veldig behagelig? Det at Fødselshjelp og Kvinnesykdommer stadig aktualiseres, både i og utenfor valgkamptid, er kanskje fantastisk for noen og utmattende for andre. Uansett i er det viktig å motvirke at faget brukes som politisk pressmiddel. Det er fagfolkets oppgave å si klart ifra når politikk eller befolkningens ønsker blir uforenlig med god medisinsk praksis. Her har NGF gjort en stor innsats siden oppstarten i 1946, som pågår fortsatt.

I den anledning anledning synes jeg vi skal gratulere Norsk gynekologisk forening med sine første 75 år!

Tale Meinich
Redaktør

Referanser
1. Angusta® SmPC, 2019-08-12. 2. Mundle S, Bracken H, Khedikar V et al. Foley catheterisation versus oral misoprostol for induction of labour in hypertensive women in India (INFORM): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2017 Aug 12;390(10095):669-680. doi:10.1016/S0140-6736(17)31367-3. 3. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ and Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 9;(10):CD003934. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4. *Basert på salgsstatistikk

Prostaglandin. ATC-nr.: G02A D06 **TABLETTER 25 µg:** Hver tablett inneh.: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. Sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrasjon av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av Angusta. Spesielle **pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp, på sykehus der utstyr for kontinuerlig overvåking av foster og uterus er tilgjengelig. Cervix skal undersøkes nøye før bruk av legemidlet. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men Cmax kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/ bevis på at barnets liv er i fare før induksjon (f.eks. unormal nonstresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsestatus ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arrev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. uterus bicornis) som forhindrer vaginal fødsel. Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie som forhindrer vaginal fødsel. Nyresvikt (GFR <15 ml/minutt/1,73 m²). **Forsiktighetsregler:** Skal kun brukes dersom fødselsinduksjon er klinisk indisert. Kan føre til overdreven stimulering av uterus. Ved svært kraftige/langvarige uteruskontraksjoner eller ved klinisk bekymring for mor/barn, skal det ikke gis flere tabletter. Ved vedvarende kraftige uteruskontraksjoner, bør behandling iht. lokale retningslinjer igangsettes. Ved preeklampsi bør bevis på/mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved alvorlig preeklampsi. Ved korioamnionitt kan det være nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fosterhinnene >48 timer før administrasjon, svangerskap med flere fostre, flerfødsler, Bishops score >6 eller bruk for uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes før uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger, pyreksi. Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal føtal hjerterytm (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal føtal hjerterytm (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale krampes. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentaløsning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av Angusta. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 18.07.2019. **Reseptgruppe:** C. **Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1137,10 (April 2020).

Azanta
Because life matters



BULKAMID®

Et fyllstoff til urinrøret for behandling av stress urininkontinens (SUI)

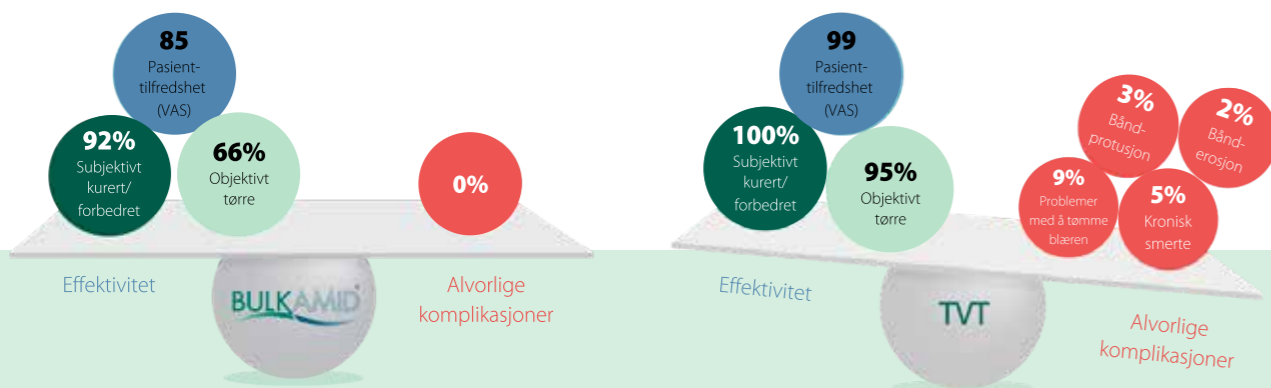


Bulkamid: Kvinneres førstevalg for behandling av SUI

75% av kvinnene valgte fyllstoff som en primær prosedyre.¹

Bulkamid er en effektiv og sikker førstelinjebehandling for kvinnelig SUI, med 92% av pasientene rapportert å være subjektivt kurert / forbedret etter behandling, med null alvorlige komplikasjoner på lang sikt.²

Resultatene av den første randomiserte og kontrollerte studien mellom Bulkamid og TVT:



For mer informasjon besøk www.bulkamid.com eller mail customersupport@axonics.com

For profesjonell utdanning besøk www.bulkamidacademy.com

1.Data analysert i Dwyer et al., "Voice your choice": A study of women's choice of surgery for primary stress urinary incontinence. International Urogynecology Journal (2020) 31:769-77. 2. Freitas et al. Tension free vaginal tape vs polyacrylamide hydrogel injection for primary stress urinary incontinence: a randomised controlled trial. J Urol. 2020 Feb. Vol. 203, 372-378



Kjære venner og kolleger!

I min periode i NGF-styret har vi ofte diskutert hvordan vi som gynekologer kan bli mer synlige i media og at det er viktig at vår stemme høres. Med oppblussing av abortdebatten har dette plutselig ikke vært noe problem lenger. Jeg har som leder hatt stor pågang av medier, og det forstår jeg at mange av dere andre også har hatt.

Jeg synes det har vært fint at debatten om abortnemder har blitt nyansert og opplyst av oss. De som deltok på Generalforsamlingen i Bodø i 2019 fikk med seg at vi innad i foreningen har ulike syn på om nemdene bør beholdes eller ikke. Derfor valgte vi å ikke stemme over forslaget som ble lagt ned om avvikling av nemdene. I stedet ble det opprettet en arbeidsgruppe bestående av medlemmer med ulike syn på saken. Arbeidsgruppen skulle se på om det kunne utarbeides en felles tekst som vi kunne enes om på neste generalforsamling. Ved årsmøtet i 2020 valgte imidlertid styret å utsette denne debatten til vi kunne møtes fysisk, da vi ikke synes den egner seg for det digitale medium.

Forhåpentligvis får vi anledning til ny diskusjon i Tønsberg til høsten. De som ikke var tilstede i Bodø i 2019 kan kikke på referatet på nettsiden eller Facebook-siden vår. Det blir spennende å se om aktualiseringen av debatten gjør det lettere eller vanskeligere å komme frem til et felles standpunkt. Uavhengig av dette blir det også spennende å se det politiske utfallet. Vi får bare håpe at abortspørsmålet ikke blir brukt som politisk pressmiddel eller forhandlingskort. Hvis nemdene blir borte eller endret, er det uansett viktig at vi gynekologer er med å utforme alternativet.

For det må være et alternativ. Alle kvinner som søker abort må få tilbud om god profesjonell rådgivning og støtte når de skal ta dette vanskelige valget. Jeg tror svært mange av oss er enige om at vi som gynekologer har en viktig rolle her.

På høstens årsmøte skal vi også snakke om andre ting enn abort. Vi venter spent på mange flotte abstrakt fra hele vårt store fagområde! Det blir et variert hovedprogram med gode foredragsholdere og mange formøter, der faglige nettverk kan videreutvikles. Slike faglige nettverk er det særlig viktig å finne arenaer for, slik at vi kan samarbeide godt og hjelpe hverandre til stadig bedre diagnostikk, behandling og ikke minst forskning.

For noen dager siden fikk jeg en e-post som jeg ble veldig glad for. NGF ble spurt om å støtte en søknad om penger til en nasjonal studie innen obstetikk, med deltagere fra alle helseregioner. Som en del av søknaden ble det argumentert for å danne et nasjonalt nettverk for studier innen klinisk obstetikk. Styret i NGF ønsker et slikt initiativ varmt velkommen og vil arbeide for at dette kan bli en realitet. Slike nettverk bør også etableres innen andre deler av faget. Jeg oppfordrer dere til å benytte anledningen til å diskutere mulighetene også for dette når vi møtes til faglig utveksling og fest på Hotel Klubben i Tønsberg i uke 43.

Men først håper jeg dere alle får en fin og solfylt sommer!

Kirsten Hald
Leder i Norsk gynekologisk forening

Norsk gynekologisk forening 75 år

- Hva er nytt siden 50-årsjubileet?

Det er fascinerende at kirurgi i Norge var forbeholdt ulærde og medlemmer av barberlauget til langt ut på 1700-tallet, utilgjengelig for universitetsutdannede skolemedisinere.

I 2021 er det 300 år siden den første undervisningen i fødselshjelp ved universitetet i København fant sted og 203 år siden Norges første fødselsstiftelse ble etablert i Christiania. Det er 103 år siden Fødselshjelp og kvinnesykdommer ble en spesialitet i Norge, og på slutten av 1900-tallet kunne man feire overveldende fremskritt i hele bredden av faget.

Men hva har millenniumskiftets gynekologer tilføyet historien? Hvilke utfordringer stod man overfor ved 50-årsjubileet i 1996, og hvordan har disse blitt løst?

Schönberg, Brandt og Christies foreningsinvtasjon fra 1896

Indbydelse til Dannelse af en norsk obstetricisk og gynækologisk Forening.

Obstetrikken og Gynækologien fører i vort Land en lidet selvstændig Tilværelse.

Som Grene af Kirurgien behandles de vistnok af denne tildels endog med stor Interesse, men som Helheder hver for sig og i sin indbyrdes Sammenhæng kan de aldrig følge med i den videnskabelige Udvikling og paatrykkes et Stempel af norsk Forskning, medmindre de opfattes og behandles med al en Specialitets detaljemæssige og samlende Interesse.

En saadan Interesse tror vi vil vækkes og bringe Frugter, hvis der dannes en norsk obstetricisk og gynækologisk Forening i Lighed med, hvad der finder Sted i andre Lande. Mange lærerige Kasus vil samles og meddeles saavel af obstetricisk som af den store og den lille Gynækologi, naar de kan indbringes for sit rette Forum.

Vi har tænkt, at Medlemmerne burde samles en Gang aarlig i Kristiania — første Gang Sommeren 1896 —, hvor man ved Foredrag, Diskussioner og Demonstrationer vil afhandle Themata, som vil interessere Enhver, der sysler med nævnte Fag. Noget eget Organ for Foreningens videnskabelige Virksomhed antages der foreløbig ikke at kræves. For en eventuel Produktion vil jo ethvert af vore Tidsskrifter gjerne afholde Rum.

I Henhold til Ovenstaaende tillade vi os at opfordre alle Kolleger, der maatte interessere sig for Sagen, at træde ind i en norsk obstetricisk og gynækologisk Forening.

Nogen Kontingent vil neppe blive nødvendig. Indmeldelser kan ske til enhver af Indbyderne.

Kristiania i Juli 1895.

Kr. Brandt, O. Christie. Dr. E. Schönberg.
Dr. med. Professor.

Høsten 2021 kunne vært Norsk gynekologisk forenings 125-årsjubileum. Det er 126 år siden et offisielt initiativ til å danne en norsk obstetrisk og gynekologisk forening stod på trykk i Norsk Magazin for Lægevidenskapen. Bilde: Hentet fra Midt i livet, med forfatterens tillatelse.

1946

1996

Formenn/Ledere Norsk gynekologisk forening 1946-1995



Kristjar Skjåaa
1946-1949



Sverre Kjelland-Mordre
1950-1953



Ole Bang Dietrichson
1954-1957



Carl Schultz
1958-1959



Hermann Ramstad
1960-1961



Finn Bøe
1962-1963



Oddmund Koller
1964-1965



Ivar Quigstad
1966-1967



Per A. Nilsen
1968-1969



Ola Rygg
1970-1971



Per Kolstad
1972-1975



Per Bergsjø
1976-1979



Hans Klausen
1980-1981



Halvard Gjønnæss
1982-1985



Einar Aksnes
1986-1987



Mette Haase Moen
1988-1989



Fridtjof Jerne
1990-1991



Willy Nasdabli
1992-1993



Unni Kirste
1994-1995

Bilde: Hentet fra Midt i livet, med forfatterens tillatelse.

Lederne har ordet



Bjarne Løkvik 1996-1999

Det er 22 år siden jeg gikk av som leder i NGF. Perioden var preget av mye arbeid, mange uttalelser og faste innlegg fra meg som leder i Gynekologen, da som nå. Ikke minst minnes jeg tiden som

trivelig, med godt samarbeide med dyktige, arbeidsomme og hyggelige kolleger.

Jeg ble valgt som leder etter Unni Kirste på årsmøtet i Ålesund i 1995 og hadde da fått en viss erfaring etter å ha sittet i det tidligere styret.

Som det altoverskyggende står for meg forberedelsene til 50-års jubileet i Trondheim og gjennomføringen i 1996. Hit var kolleger fra styrene i de andre nordiske foreningene inviterte, sammen med andre fremtredende kolleger i Danmark, Sverige, Finland og Island. Lokalt forberedte og utførte fagmiljøet ved den gang Regionsykehuset i Trondheim en fremragende jobb. Jeg husker jeg grudde meg til dette store og for foreningen viktige jubileet, men med tilbakeblikkets formildende øyne mener jeg det hele var vellykket – selv om ikke alle var helt fornøyde med bordplasseringen de hadde fått under festmiddagen.

Da som nå arbeidet vi mye med Veilederne og la stor vekt på å gjøre dem best mulig. Dette har vært viktig, ikke bare for fagmiljøet vårt, men det ble også trendsetter for legeforeningen sentralt.



Pepe Salvesen 2004-2005

Jeg hadde vært vitenskapelig sekretær i NGF i syv år da jeg ble valgt som leder på årsmøtet i Geiranger i 2003. Jeg fikk med meg dyktige kolleger i styret, og vi hadde to fine år sammen.

Av saker husker jeg spesielt debatten rundt tidlig ultralyd. Ny bioteknologilov ble vedtatt i 2003. Da jeg som leder av NGF problematiserte at ultralyd i uke 12 ble definert som fosterdiagnostikk mens ultralyd i uke 18 var en del av svangerskapsomsorgen, med spissformuleringen «kvinner må lyve for å få tidlig ultralyd», ble det mediestorm. Jeg ble innkalt til Stortinget der jeg fikk gjennomgå. Først 16 år senere ble bioteknologiloven endret. Nå blir det tilbud om ultralyd i uke 12 til alle, men problemstillingen med ultralyd som fosterdiagnostikk eller del av svangerskapsomsorgen er fortsatt uløst.

En annen viktig sak var markedsføringen av RNA testen «HPV proofer». Da nestleder Ole-Erik Iversen på vegne av NGF påpekte manglende dokumentasjon og uryddig markedsføring ble det bråk. Da testen etter noen år mistet refusjonsretten gikk firmaet til sak, men trakk den før den kom opp. Dette var starten på en langvarig faglig debatt, og Dagens Medisin har hatt nesten 100 artikler om saken.



Rolf Kirschner 2006-2009

Min lederperiode var helsepolitisk dynamisk. I Legeforeningen ble «faget» mer profilert, «Spesialforeninger» som NGF ble «Fagmedisinske foreninger», samlet i foreningens «FAME – den

fagmedisinske aksen», med nye vedtekter og større plass i Landsstyret. NGF var alltid aktiv mht. fagforbedring, og her fikk leder en rolle i Dnlfs «Kvalitetsforbedringsutvalg og –dager» og i FAME. Parallelt økte det offentlige styringsvilje. Det ble flere konfrontasjoner med Hdir angående oppnevninger og HPV-vaksinering, som NGF tidlig promoverte.

Da vår reviderte Føde-veileder kom, ble det styr rundt GBS-testing, overtidsproblematikken og direktoratets egen «Veileder i Fødsel-og barselomsorg». NGF kjempet både innad og mot det offentlige for godkjenning av «Gynekologisk onkologi» som grenspesialitet. Fødsel og lokalsykehus-spørsmålet var omstridt og ga overskrifter i lokalavisene. Styret var aktivt med høringsuttalelser om helsepolitiske spørsmål og oppnevninger av NGFs fagpersoner internt i Legeforeningen og til offentlige utvalg.

Arbeidet med årsmøtene var prioriterte. NGF slåss for å få endret de restriktive vilkårene for industrien mht. utdanningsgodkjenning, og forkursene ved årsmøtene ble utvidet. «Vårkurset» startet i 2008. Innad i NGF var arbeidet med kvalitetsforbedring ved Spesialitetskomiteen med spesialistst-utdanning, avdelingsakkreditering og kurser høyt prioritert. I samme ånd var arbeidet i NFOG, EBCOG og FIGO høyt prioritert, for utveksling, vitenskap og kompetansebygging.



Knut Hordnes 2012-2013

Jeg var vitenskapelig sekretær fra 2006 til 2012 og fikk i disse årene mye god erfaring, ikke minst til å arrangere årsmøter, til sammen åtte stykker. Som representant i Scientific Committee i NFOG fikk

jeg også mye erfaring med større kongressarrangement.

NGF ble på NFOG-kongressen i Reykjavik i 2008 tildelt å arrangere NFOG-kongress i Bergen i 2012. Dette var et stort arbeid over fire år som ble gjort av NGF og lokal komité, i godt samarbeid med NFOG og CIC. Vi var godt fornøyde med kongressen.

Styrearbeidet var preget av god stemning, arbeidslyst og entusiasme. En rekke små og store saker ble behandlet. Eksempler er overtidsaken, legers reservasjonsrett ved henvisning til abort, samarbeid med NPE om læring av skadesaker, ultralyd og terminsaken, Et trygt fødetilbud og bruk av HPV-test i cervixscreening.

Vi deltok aktivt på NFOGs møter, var representert i EBCOG og styret var samlet på EBCOG-kongressen i Tallin i 2012. Gjennom NFOG samarbeidet vi om å få nordiske representanter inn i FIGO, og vi klarte det under FIGO i Roma i 2012 og senere i Vancouver. Vi jobbet for bedre samarbeid mellom NFOG og EBCOG, forskjøv NFOG-kongressen og ble tildelt EBCOG-kongress i Bergen i 2020. Det var en glede å jobbe i styret og med gode kolleger i inn- og utland.

1996

1996-1999

2000-2003

2004-2005

2005

2006

2006-2009

2010-2011

2012-2013

2013



Oddvar Sviggum 2000-2003

I min periode ble arbeidet med Veilederne videreført, som hadde vært hovedfokuset da jeg satt som sekretær i Bjarne Løkviks lederperiode.

Vi følte at vi hadde alt for liten innflytelse/samarbeid med Legeforeningen i mange spørsmål. Et meget positivt og godt samarbeidet med Legeforeningen ble bygget opp. Alle høringer relevante for vårt fag ble oversendt oss til uttalelse, og vi ble mer og mer involvert i Legeforeningens arbeid. Våre synspunkt ble dermed vektlagt stor betydning i høringsuttalelsene fra Legeforeningen.

Programmet for våre Årsmøter var selvfølgelig også en stor del av jobben. I tillegg satt lederen også i styret for Nordisk gynekologisk forening, med sine møter og forberedelser til de nordiske møtene. Alle disse oppgavene utgjorde etter hvert en 50%-stilling. Etter ledervervet i NGF satt jeg både som leder og sekretær i Norsk Perinatalmedisinsk Forening, hvor vi også jobbet med de samme faglige problemstillinger/utfordringer på nasjonalt plan.



Bjørn Backe 2010-2011

Rolf hadde satt standarden for styrearbeidet, og alle styremedlemmene var kompetente, selvgående og arbeidsvillige. Jeg husker dette som en god tid, med vellykkede årsmøter (Arendal og Ålesund).

Første utfordring var vulkanutbruddet på Eyjafjalljökulen samtidig som vårkurset i Trondheim. Flytrafikken stanset, og tog og buss ble fulle. Å komme seg hjem igjen ble hovedfokuset for kursdeltakerne, ikke kurset.

Overtidsproblematikken eskalerte etter at en avdelingsdirektør i FHI hevdet i media at mange barn døde hvert år, fordi vi regnet overtid fra uke 42. Veilederkapitlet ble justert. Alle var ikke enig. HPV-saken med spørsmålet om valg av testmetode førte også til mye arbeid og stor belastning på styrets involverte.

Jakten på syndebykker i regi av Helsetilsynets nyopprettede utrykningsgruppe ble også en utfordring. Mange opplevde dette som en mordkommissjon. Erfaringene var svært negative. Positivt i alle sakene var den gode kontakten med ledelsen i Legeforeningen, Helseinspektoren og Helsetilsynet, hvor vi møtte forståelse for vårt syn.



Jone Trovik 2014-2015

Dette var to spennende år! Vi fikk publisert revisjon av alle tre veilederne våre i denne perioden; Veileder i Fødselshjelp 2014, Veileder i Gynekologi 2015 og Veileder i Gynekologisk onkologi

2015. Med bidrag fra kvalitetsutvalget, veilederredaktører, kapittelforfattere, veilederseminarer og høringer får veilederne våre legitimitet!

Manglende legitimitet i prosess var det vi opplevde da Helse- direktoratet i pressemelding 16.10.14 anbefalte EN spesifikk ultralydmetode (eSnurra) til bruk ved svangerskapsdatering UTEN noen involvering av NGF: hverken styret/kvalitets- utvalget eller ultralydkapittelforfattere i Veilederen hadde blitt kontaktet i forkant. I NGFs møte med HDir ble det ikke fremlagt noe etterprøvbart grunnlag for HDir's anbefaling; ingen kunnskapsoppsummering fra Kunnskapssenteret eller sammenfatning fra konsulerte gynekologer/fostermedisinere. HDir bekreftet at de ikke hadde noen formell sanksjons- mulighet dersom avdelinger fortsatte å bruke den alternative metoden (Terminhullet). I praksis har landets gynekologer fortsatt å følge Veilederen (og ikke HDir) og ikke endret ultralydmetodologi. Dette viser tydelig hvilke retningslinjer NGFs medlemmer reelt følger!

Abort var også tema som ble diskutert disse to årene, og NGF uttalte seg om fastlegers reservasjonsrett med hensyn på å henvise til abort, abortsøkeres rett til å henvende seg direkte til avdelingen, selektiv abort av flerlinger, abort hos avtale- spesialister, organisering av abortnemdene og begrensning i senabort til uke 22. Gjenkjennelige tema også pr 2021?



Nils-Halvdan Morken 2018-2019

Siden abortsaken og reservasjons- spørsmålet var oppe i 2014, overtok jeg som leder i den tro at abort neppe ville bli tema i mine år som leder. Så feil kan man ta, når ny

regjering skal dannes og abortloven blir et forhandlingskort på et gjestgiveri på Hadeland. Høsten 2018 og våren 2019 stod i abortlovens tegn. Styret forfattet kronikk der vi bad om at abortloven måtte få fred. Teksten havnet også i boken «Abortkamp-maktkamp».

I mai 2019 deltok vi i Stortingshøring om saken etter at den nye regjeringen var i god gjenge, og tiden var kommet for å innkassere seirene fra Hadeland. Samtidig både rodde og syklet bunadskledde damer i det ganske land for bedre fødselsomsorg. Begge saker er politisk og etisk ladet og engasjerer mange med ulike og motstridende meninger.

Norsk Gynekologisk Forening er verken en fagforening eller en politisk organisasjon, men vårt fag berører mange hjerter og krysser over grenser og inn i det som ikke er rent fagmedisinsk. Det skal vi være glade for, og vi skal fortsette å mene, men med den fagmedisinske hatten godt plantet på et tenkende hode og beholde et varmt bankende hjerte for god kvinnehelse og fødselsomsorg.



Kirsten Hald 2020-2021

Jeg har fremdeles syv måneder igjen av min periode som leder. Men, allerede nå kan

jeg konkludere med at det særlig har vært to hendelser som har preget min lederperiode: Covid-19 og endringer i bioteknologiloven.

Samtidig som jeg tiltrådte som leder ved årsskiftet 2019/2020 ble Sars-CoV-2 viruset oppdaget i Kina. Viruset spredte seg raskt, og 11.mars erklarte WHO utbruddet som en pandemi. Restriksjonene som umiddelbart ble innført for å hindre smittespredning betydde at kun ytterst nødvendig behandling av pasienter kunne bli utført i en periode og at omfattende smitteverntiltak måtte iverksettes. Helsemyndighetene ba legeföreningen om hjelp til å prioritere helsehjelpen, samt gi råd om håndtering, og de fagmedisinske foreningene ble raskt involvert i dette arbeidet. NGF publiserte retningslinjer for gravide allerede 16.mars.

8.juni 2020 vedtok Stortinget omfattende endringer i bioteknologiloven, blant annet tillatelse til assistert befruktning for enslige, eggdonasjon, NIPT til alle og lagring av egg for senere bruk uten medisinsk grunn. I tillegg ble det vedtatt at ultralydscreening i 1.trimester skal være en del av den offentlige svangerskapsomsorgen. NGF har hatt mange representanter i arbeid med å utarbeide retningslinjer og starte implementeringen av disse endringene.

Gledelig har det vært at flotte, reviderte veiledere i obstetrikk og gynekologi ble publisert i 2020/2021. I opptakten til stortingsvalget høsten 2021 programfestet fem politiske partier våren 2021 at de vil arbeide for at abortnemdene bør avskaffes helt eller delvis. I løpet av mitt siste halvår som leder blir dermed dette sannsynligvis en av sakene som kommer til å prege arbeidet.



Marit Lieng 2016-2017

Det var en stor ære å få mulighet til å være leder i Norsk Gynekologisk Forening. Jone Trovik hadde sørget for opplæringen mens jeg var vitenskapelig sekretær i 2014-2015. Og det var mye morsommere å være NGF-leder enn jeg hadde forestilt meg på forhånd. Dette takket være mange engasjerte og bidragsvillige medlemmer, og mitt fortreffelige styre som jeg hadde veldig god hjelp av.

I tillegg til å svare på utallige høringer, jobbet styret blant annet med den nye spesialiserings-strukturen for LiS i samarbeid med spesialitetskomiteen. Vi engasjerte oss i intimkirurgien, valg av HPV-vaksine til vaksinasjonsprogrammet, og abortloven var som alltid gjenstand for diskusjon, denne gang i form av fosterreduksjon ved tvillingsvangerskap.

Høydepunktene var uten tvil årsmøtene i Lillestrøm (AHUS) i 2016 og i Stavanger i 2017. Begge årsmøtene husker jeg som faglig spennende, og veldig hyggelige og sosiale. Som årsmøtet i Norsk gynekologisk forening alltid er og skal være.

Lykke til, dere som tar stafett-pinnen videre som ledere og styremedlemmer i denne flotte foreningen!

2014

2019

2021

thermo scientific

sFlt-1
PIGF
PAPP-A

Complete pre-eclampsia portfolio

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

- B-R-A-H-M-S biomarkers PAPP-A, PIGF and sFlt-1**
Outstanding precision and long-term stability
- B-R-A-H-M-S Fast Screen pre I plus**
CE marked software for risk assessments
- B-R-A-H-M-S KRYPTOR systems**
Fast, precise and easy biomarker measurements

Your ACCESS to an interactive e-detail

Get more information on pre-eclampsia management throughout pregnancy

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



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

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

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

ThermoFisher
SCIENTIFIC

Operativ gynekologi – En generasjons tilbakeblikk

De fleste store endringene i operativ gynekologi var «på markedet» og beskrevet i 50-års Jubileumsboken i 1996, men ytterligere nyvinninger har økt effekten. Opplevelsen av «paradigmeskiftet» som spesialist fra 1979 kan i korthet beskrives slik:



Rolf Kirschner
Tidligere leder av OGF og NGF

Konisering:

Cervixdysplasi ble tidligere behandlet med knivkonisering. Det betød narkose, diatermi og suturer, hyppig blødning, store og ofte ujevne koner, lengre sykehusopphold, symelding, ofte sekundærblødninger, stenoser og defekter. Alternativet ble etter hvert kauterisering. Deretter ble Kryo-N2O-frysing mer populært. Dette muliggjorde poliklinisering og PCB-analgesi. Pga. dysplasi i kryptene, viste seriene vi fulgte opp relativt mye residiv.

Det var dermed «en åpenbaring» da CO2-laseren ble introdusert. Tormod Tande og undertegnede ble kurset hos Singer i Sheffield, og Bergen, Oslo og Trondheim fikk lasere fra Kreftforeningen. Vår «Sharplan 791» var «stor som et hus» og ble koblet til et stort Zeiss kolposkop via en «Mikromanipulator», tilkoblet stiv sideoptikk for opplæring. Via anbefalt trening på appelsiner og kjøttstykker ble behandlings- og kontrollrutiner ferdigstilt. Poliklinikkavtaler på 30 minutter ble oppsatt og aktiviteten igangsatt, assistert av hoderistende hjelpepersonell. Avsug var dårlig, det ble mye røyk med senere spekulasjon om viabelt HPV. Suksess! Flere avdelinger fikk kostbart utstyr, og vi kurset hverandre. Da Prendiville fra Dublin presenterte LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone)-metoden inviterte vi ham til SiA-kurset i 1994 og arrangerte en «Live-Surgery-Competition» mellom LLETZ og laseren. Fra «Loop» ble koniserings-settene vi nå bruker utviklet, og «The rest is history».

Kirurgi:

Laparoskopet ble introdusert i 70-årene. Kursing foregikk med en instruktør krumbøyd over skopet og assistent med en «strikk-pinne» i fossaregionen, med beskjeden «hold den stille der». Bare operatøren så hva som fantes der inne. Utviklingen var rask, spesialisert instrumentarium ga lettere tilgang og svære kamera og blasse fargemonitorer ga forbedret sikkerhet ved felles innsyn. Før «endobag» ble tilgjengelig ble preparater imidlertid hentet ut direkte, med «spillage» som resultat.

Fra enkle inngrep som steriliseringer med diatermi og klips og enkle cyster, gikk utviklingen raskt. Gynekologene ble ledende innen de kirurgiske fag. Samtidig begynte noen å utforske innsiden av uterus med cystoskop. Anton Langebrekke kjente Jacques Donnez fra studietiden i Brussel, og da avdelingen på SiA (Ahus) hadde kreativt mannskap med endoskopi, kolposkopi og laser «på blokka», sto allerede i 1989 det første «Nordiske kurset i endoskopisk- og laserkirurgi» på programmet. Det ble strukket kabler fra operasjonsstue og poliklinikk, og i auditoriet kunne publikum bivåne Donnez og medbrakt assistent Nisolle samt lokale helter utføre laparoskopiske CO2-laseroperasjoner på XU og hydrosalpinx, adheranser og cyster, hysteroskopiske YAG-laser endometrireseksjoner og CO2-laserkoniseringer så blodspruten sto og pasienten skrek. Allerede i 1990 fikk SiA-gruppen Schering (Bayer)-prisen.

Scenen var satt, og utviklingen gikk med stormskritt. I 1991 ble den første LAVH-operasjonen gjort ved SiA. Chips- og IT-basert utvikling har brakt endoskopisk kirurgi til dagens 3D-video og robotassisterte inngrep. Parallellt «gjenoppvekket» Leikanger og Kloster-Jensens en gammel kunst med kurser i «Vaginal Hysterektomi» i Arendal og ga kompetanse som ytterligere reduserte behovet for åpne bukoperasjoner.

Hvordan vi ble kvitt Fraksjonert Abrasio

D+C var det mest hyppig foretatte inngrepet i verden, og av epidemiologen Grimes omtalt slik: «This mindless groping inside the uterine cavity». Lite effektivt, med store udekkede felt ved samtidig hysterektomi. Dårlige behandlingsresultater ved blødningsforstyrrelser (DUB), som var vanligste indikasjon for inngrepet. Viktige differensialdiagnoser var endometriedysplasi og cancer. Anamnese var viktig. Gjønnnes' enkle artikkel i Tidsskriftet om hormonell årsak til metrorrhagi, samt Rybos forklaring om fibrinolysen ved menorrhagi koblet med Segadal og Iversens arbeider om endometriecytologi og -diagnostikk, ble studert og innført. I første utgave av NGFs veileder vektla kapitlet om blødningsforstyrrelser anamnese, palpasjon og evt. endometriecytologi, samt adekvat behandling med fibrinolysehemmer ved menorrhagi og syklisk gestagen ved metrorrhagi. Behovet for utskrapning «var vekk», resultatene bedre og ressurser frigitt. Senere ble endometriehistologi gullstandard. Vaginal ultralyd og videohysteroskopi forbedret både diagnostikk og behandlingstiltak. Nevnes bør også at ved introduksjonen av Levonova-IUD i 1994 ble enda en behandling av menorrhagi introdusert.

Laser-gynekologene

Visste du at gynekologene på SiA er blant de fremste i Europa?

For en stund siden mottok tre av overlegene den anerkjente Schering-prisen av Norsk gynekologisk forening for sitt arbeid med endoskopisk kirurgi – eller laserkirurgi, som vi populistisk kan kalle det.

Overlegene Rolf Kirschner, Anton Langebrekke og Arne Urnes er mestere på å operere med endoskopi.

– Vi bruker laser i stedet for kniv, sier de og er selvfølgelig fornøyde med prisen de har fått.

Ved endoskopi operer man gjennom et lite rør. Da unngår man å skjære opp og åpne.

– Anerkjennelsen for kollegene er selvfølgelig hyggelig, men det viktigste er at pasientene er fornøyde, sier Rolf Kirschner.

Endoskopi innebærer mindre smerter, mindre sår og kortere rekonvalensetid for pasientene. Og dermed



SiAs lasereksperter, overlegene (fra venstre) Rolf Kirschner, Anton Langebrekke og Arne Urnes.

store innsparinger for samfunnet.

Men for å bruke denne teknikken, er man avhengig av at sykehuset selv påtar seg utleggene for å investere i de nødvendige apparater. Og det har de gjort på SiA.

– Nå driver vi kurs for leger fra hele landet i endoskopi her på sykehuset, forteller Kirschner.

Lasergynekologene har imidlertid ikke tenkt på å gi

seg med å bruke laparoskopi, dvs. operere gjennom bukvæggen med endoskopi. Nå har de også begynt med hysteroskopi, dvs. operere på livmorhalsen med laser.

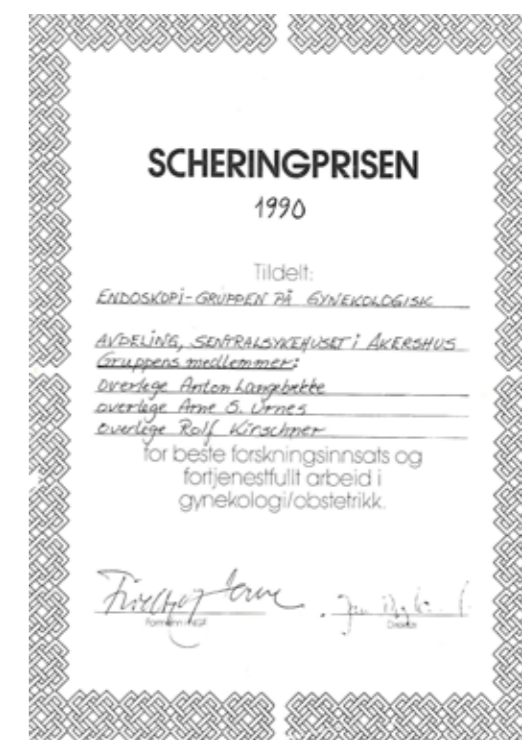
– Det er en stor faglig utfordring ikke å bare bruke de samme, gamle operasjonsteknikkene. Vårt mål er å gi pasientene den best mulig behandling. Og det kan vi gjøre med laser, avslutter overlegen.

Stressinkontinens:

Ulmsten patenterte Tensjonsfri Vaginal Tape-(TVT)-metoden for behandling av SUI på slutten av 1990-årene. Metoden ble raskt introdusert av Kulseng-Hanssen og Schiøtz, som underviste metoden på rundreise i landet. Et kvalitetsregister ble bygget opp, Norsk Urogynekologiske Gruppe dannet, og raskt ble tradisjonelle inngrep som Marchal-Marchetti og Burch avleggs.

Konklusjon:

- De kirurgiske disiplinene ble raskt «polikliniske og dagkirurgiske».
- Utviklingen har gått mot bedre tilbud til pasientene, atraumatisk og raskere restitusjon.
- Nyvinningene revolusjonerte tradisjonelle oppfatninger av behandlings- og liggetider i avdelingene. I rammebudsjettens tid betydde dette store innsparinger. I aktivitetsbaserte budsjett-tider gir det insentiver til «produksjonshysteri».
- Overordnet har det medvirket til at sykehus og avdelinger er blitt bygget for små og med mangelfulle ressurser.
- Trening i det «tradisjonelle håndverket», dvs. «hands-on», reduseres. Kompetansen innen «åpne inngrep» ved komplikasjoner forsvinner.



Utviklingen i gynekologisk privat praksis og avtalepraksis de siste 25 år

NGF og kjære kolleger: Gratulerer med 75-årsjubileet!



Hilde Sundhagen
Gynekolog i avtalepraksis

Før vi tar et tilbakeblikk på de rent faglige endringer som har skjedd de siste 25 år og som har hatt betydning for gynekologer som driver praksis utenfor sykehus, må vi se litt på den historiske utviklingen bak ordningen med avtalespesialister:

Ordningen med privat legepraksis går langt tilbake, men fra 1984 inngikk fylkeskommunene driftsavtaler med praktiserende legespesialister for å få bedre styring på utbetalinger til spesialisthelsetjenesten og for å gi et mer desentralisert helsetilbud til befolkningen.

Antall «avtaleløse» spesialister fortsatte imidlertid å øke, og utbetalingene fra trygden lot seg ikke styre tilstrekkelig med dette.

I 1993 ble det derfor innført en ordning der det kun var de med driftshjemmel fra fylkeskommunen som kunne utløse takstrefusjon fra trygden.

I 1998 ble enda en reform innført ved at det ble opprettet mange nye driftsavtaler. Avtalespesialistene ble gjennom dette formelt en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. For å forhindre en todeling av faget ble det argumentert for at en del av disse skulle være deltidshjemler. De aller fleste som driver praksis i dag driver imidlertid med 100% driftsavtaler. Dette er også en ønsket utvikling fra PSLs side. Videre er PSLs holdning at det må tilrettelegges for at LIS skal få godkjent deler av sin utdanning i avtalepraksis. Det er fortsatt praktiske hindringer som står i

veien for at dette kan bli en forutsigbar innretning innenfor vårt fagområde.

PSL mener også at det bør opprettes flere driftshjemler, men antallet har ikke økt etter 1998. Ved statlig overtagelse av sykehusene i 2002 ble forvaltningen av driftshjemplene overtatt av de regionale helseforetak. Per 2020 er det 89 avtalehjemler innen vårt fagområde. Ifølge Legelisten er det også 147 som driver helt privat.

I 2019/2020 viste NPRs tall 241155 konsultasjoner i gynekologisk spesialistpraksis. I 2018/2019 var antallet noe høyere, på 249452. Denne nedgangen er sannsynligvis betinget av koronapandemien.

Med utviklingen av informasjonsteknologi og innføring av flere pasientrettigheter, har vi også merket en endring i det daglige i møtet med våre pasienter. De har mer kunnskap om egen helse og større bevissthet rundt egne rettigheter.

Både lege- og pasientrollen har endret seg. Den autoritære legen er gradvis byttet ut med en nøytral konsulent, der pasientene i større grad tar sine egne valg om sin helse. I så hensende har kunnskap om pasientkommunikasjon fått en større og viktigere betydning. Pasientpopulasjonen har også endret seg i takt med økt innvandring og mobilitet i samfunnet.

Faglig sett er det mange områder som er verdt å nevnes, men jeg velger å fremheve disse:

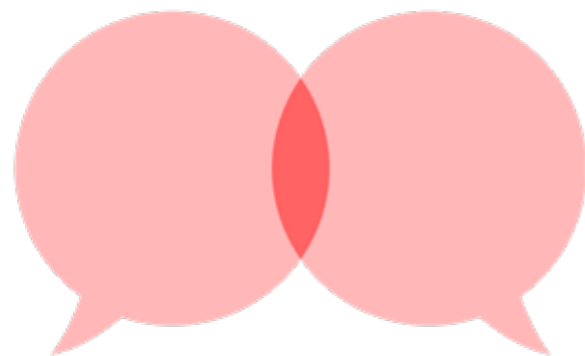
- Lanseringen av hormonspiralen Levonova (senere Mirena) i 1994 har gjort at pasienter i tillegg til trygg prevensjon har kunnet bli behandlet for blødningsforstyrrelser uten å måtte gjennomgå operativ behandling. Den har også vært et fint supplement i individualisert behandling hos pasienter som trenger hjelp for store klimakterielle symptomer.
- Bruken av østrogenbehandling var økende på 90-tallet, men fikk en dramatisk nedgang etter 2002 på grunn av resultatene som ble publisert i WHI-studien. Konklusjonene i studien hadde, og har, fortsatt store ringvirkninger i pasienters syn på hormonbehandling, noe vi fremdeles blir presentert for i møte med våre pasienter.
- Harald Zur Hausens Nobelpris for sin forskning på HPV og sammenheng med utvikling av cervixcancer har også hatt ringvirkninger for vår virksomhet i praksis. Mange av våre kolleger i

praksis var med på utprøving av HPV-vaksinen og føler derved faglig stolthet over å ha bidratt til innføring av denne i Norge i 2006. I kjølvannet av dette har interessen for og kunnskap om kolposkopi økt. Legeforeningens populære kolposkopikurs (kommet i stand etter heiarop fra Spesialitetskomiteen) vitner også om dette!

- Utvikling innen ultralydteknologi har bidratt til bedre diagnostikk og derved utsiling av tilstander som ikke behøver operativ behandling på sykehus.

LEON prinsippet om behandling av pasienter på lavest mulig omsorgsnivå i helsevesenet bør også være et primært mål for fremtidens helsetjenester. Avtalespesialistene er et viktig bidrag til dette. Utfordringen vil være å få tilført nok ressurser i fremtiden, slik at avtalepraksis kan beholde sin egenart – å være effektive små enheter drevet av kunnskapsrike, engasjerte kolleger som representerer kontinuitet for sine pasienter i god synergi med kolleger i sykehusene.

Vi har en felles oppgave, nemlig å gi gode og trygge helsetjenester til våre pasienter!



Gynekologisk endokrinologi i 25 år

I jubileumsboken *Midt i livet* fra 1996 handler kapittelet *Fra kirurgi til hormonbehandling, Gynekologisk endokrinologi* om utviklingen innen et viktig område av faget. Flere av de behandlingstilbud som den gangen var i startfasen, er nå blitt vanlige. Her kommer en oppdatering, spesielt om hormonell prevensjon og klimakteriebehandling.



Mette Haase Moen
Professor emerita (NTNU)

P-piller

I 2017 feiret vi 50 år for p-pillen i Norge. Siden pillen ble lansert har det vært sterk diskusjon om bivirkninger. Frykt for brystkreft førte til at tre-fasepillene med mindre gestagen ble introdusert. Fra midten av 80-tallet kom de antiandrogene p-pillene, først med desogestrel og senere med drospirenon.

Tre-fasepiller med levonorgestrel ble trukket fra det norske markedet i 2006, og mer enn 100.000 brukere måtte finne ny prevensjon (figur 1). Valget ble ofte de antiandrogene pillene. Det forløp ikke ustraffet. Flere epidemiologiske studier viste at de nyere pillene, såkalt 3. og 4. generasjon med gestagenene desogestrel og drospirenon, har dobbel så høy blodpropprisiko som 2. generasjonspillene med levonorgestrel. Det førte til intense debatter mellom legemiddelindustrien og epidemiologer om kausalitet. Konklusjonen ble at tromboserisikoen er vurdert å være lavere med 2. generasjonspillen enn med piller av 3. og 4. generasjon. Legemiddelverket anbefaler 2. generasjonspiller som førstevalg. Omkring 2010 kom p-piller med østradiol, og høsten 2021 får vi en p-pille med et nytt østrogen, estetrol.

Gestagen-prevensjon

Gestagen-prevensjon ble et alternativ til de kombinerte p-pillene. På 90-tallet fikk vi hormonspiralen, som ble populær fordi den reduserer blødningene og også kan brukes i klimakteriebehandling. Prevensjonsstaven og gestagenpillen («minipillen») kom på det norske markedet rett etter milleniumskiftet. Det var stor forventning til produktene, men noe skuffelse over hyppige gjennombruddsblødninger.

Internasjonale helsemyndigheter har anbefalt LARC, long acting reversible contraception, som et effektivt middel til å redusere uønskede graviditeter. LARC er langtidsprevensjon som spiral og prevensjonsstav, med liten mulighet for brukerfeil. Spiral er nå anbefalt også til unge jenter. Av figur 2 sees at salget av LARC hadde sterk økning fra 2013 til 2016. Fra 2010 til 2020 er antall provoserte aborter redusert med ca. 25%. Økt bruk av LARC kan spille en rolle for denne utviklingen.

Hormonbehandling i overgangsalderen

Diskusjon omkring østrogenbehandling i klimakteriet (forkortet som MHT, menopause hormone treatment) har pågått siden 70-tallet. Figur 3 viser at det på 90-tallet var stadig økende salg av MHT, med en topp omkring år 2000 hvor det ble solgt omtrent 180 000 dagsdoser. Oppgangstiden i 90-årene kan forklares ved at en av flere observasjonsstudier viste at MHT ikke bare er effektivt for klimakterielle symptomer, men også gir beskyttelse mot osteoporose og tilsynelatende forebygging av hjerte-kar-sykdommer. Det ble imidlertid vist økt risiko for brystkreft med MHT, men man vurderte at en reduksjon av hjerte-kar sykdommer veiet opp mot dette.

Randomiserte studier ble etterlyst, og i 2002 kom resultater fra den store amerikanske randomiserte studien WHI, Women's Health Initiative. Først kom resultater av oral behandling med ekvint østrogen og medroxyprogesteron acetat, og to år senere fikk vi resultater om gruppen som bare fikk ekvint østrogen. Begge studiearmene ble avsluttet før tiden på grunn av bivirkninger.

Oppsummert fra studiene fikk vi følgende resultater: Risiko for endometriekreft øker ved østrogenbehandling, men kombinasjon med gestagen, evt. gestagenspiral, eliminerer denne risiko. Bekymringen er økt risiko for brystkreft, spesielt ved kombinasjonen østrogen/gestagen og ved behandling i mer enn fem år. Kombinasjon med progesteron eller dienogest øker tilsynelatende ikke risikoen. Overraskende var det at ren østrogenbehandling medfører lavere eller ingen risikoøkning for brystkreft. Kombinert østrogen/gestagen reduserer risiko for colorektal kreft, og østrogen med eller uten gestagen reduserer frakturrisiko. Oral MHT øker risiko for trombose og hjerneslag, men ikke transdermal behandling.

Spørsmålet er om MHT øker eller reduserer risiko for hjerteinfarkt. Tidlig start med MHT etter menopausen er viktig. Også her er østrogen gunstigere enn østrogen-gestagen. DOPS-studien viste halvert risiko for hjertesykdom med MHT, altså samme effekt som ble påvist i observasjonsstudier for en menneskealder siden.

De mange observasjonsstudier om MHT og risiko for brystkreft har fått størst oppmerksomhet. Negativ publisitet har stor makt (figur 4), og siden årtusenskiftet er salget av MHT redusert til en tredel (figur 3). Ofte glemmer vi at MHT gis for å bedre livs-

kvalitet til kvinner som er midt i en viktig fase i livet. Skandinaviske studier har vist at ca. 75% av gynekologer eller deres partner bruker MHT, kanskje tre ganger større enn blant den øvrige befolkningen? Gynekologer har kunnskaper om nytte/risiko. Kvinner som vurderer MHT bør få samme informasjon. Har allmennleger tilstrekkelig kunnskap? Det bør være lav terskel for henvisning til gynekolog.

GnRH-analoger

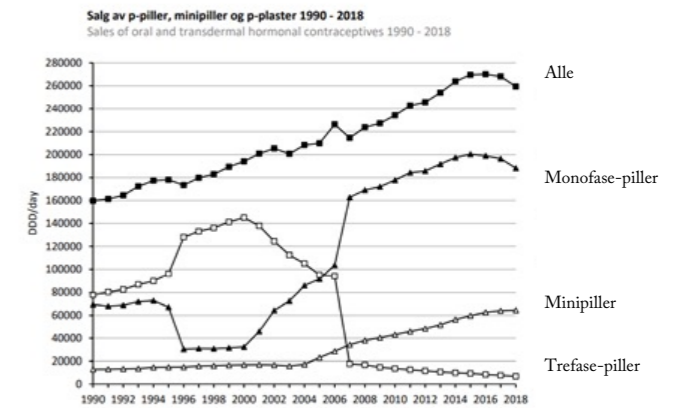
Mitt hjerte barn innen gynekologien er endometriose, spesielt hormonbehandling. I tillegg til p-piller og ulike gestagener har vi fått gonadotropin-releasing-hormonagonist (GnRH-a) som behandlingstilbud. Behandling med GnRH-a fører til reversibel ovariehemning som kan være gunstig, ikke bare ved endometriose, men også ved andre tilstander som pubertas precox, PMS og østrogenfølsom kreft, samt innen fertilitetsbehandling. Med dette legemidlet kan vi ta full kontroll over kvinnens hormonsystem.

Hva kan vi vente i fremtiden?

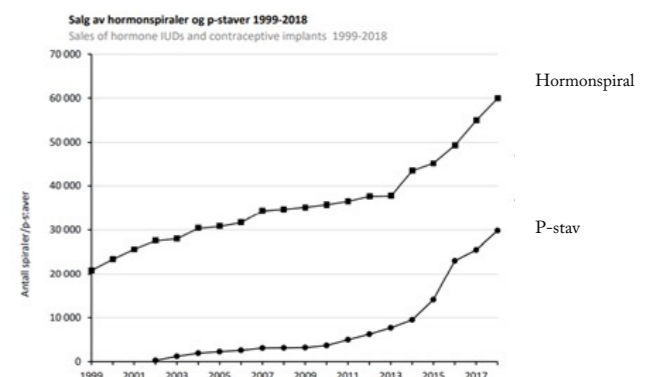
Det har vært spennende å ha vært personlig involvert i utviklingen innen hormonbehandling i mer enn 40 år, dels ved kliniske utprøvinger, dels ved behandling av pasienter. Med hormoner har vi mange muligheter for bedre kvinnehelse.

Hva kan vi vente i fremtiden? Vi vil helt sikkert se videre utvikling av reseptormodulatorer, som der reseptoren i ulikt vev kan stimuleres eller hemmes selektivt for å stimulere ønsket effekt og blokkere uønsket effekt. Det er mitt ønske at gynekologisk endokrinologi vil få en større plass i faget og at kolleger i større grad vil oppdage dette fascinerende fagområdet.

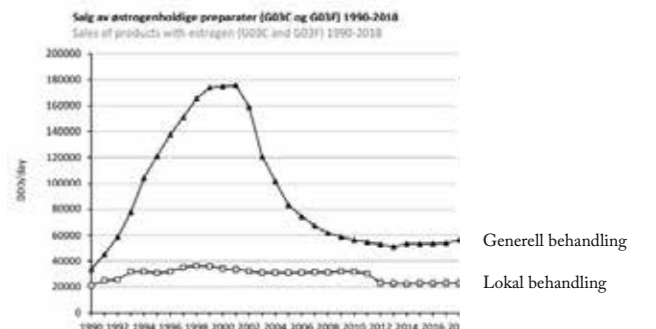
Referanseliste kan fås fra forfatteren,
mette.moen@ntnu.no.



Figur 1 Salg av p-piller



Figur 2. Salg av LARC i Norge



Figur 3. Salg av MHT (HRT)



Figur 4. Om WHI-publikasjonen 17.7.02

Gynekologisk onkologi de siste 25 år - En utvikling å være stolt av

Ved 50-årsjubileet til NGF i 1996 skrev professor Claes Tropé kapittelet *Den norske modell. Gynekologisk onkologi* i festskriftet «Midt i livet». Sentralt står Radiumhospitalets betydning for fagets utvikling i Norge siden opprettelsen i 1932. *Den norske modell* henspiller på sentraliseringen av gynekologisk kreftbehandling tilbake fra 1936, da egen enhet for gynekologisk kreftbehandling ble opprettet. Tropé fremhever: «Man kan faktisk si at f.o.m. 1936 var gynekologisk onkologi reelt, om ikke formelt, en spesialitet i Norge». «Den norske modell» nådde toppen på 1970-tallet under professor Per Kolstads ledelse. På 1980-tallet ble kreftomsorgen regionalisert, og i 1996 var denne store omstillingen slutført, med seksjoner for gynekologisk onkologi etablert i alle de fire helseregionene.



Bjørn Hagen
Seksjon for gynekologisk kreft,
St Olavs hospital



Erik Rokkones
Avdeling for gynekologisk kreft,
Radiumhospitalet

I de påfølgende 25 årene, som er vårt tema, har forsøk på å formalisere gynekologisk onkologi som grenspesialitet ikke lyktes. Likevel har vi opprettholdt det viktigste innholdet i *Den norske modell*, som er sentralisering av behandlingen til institusjoner med tilstrekkelig volum og klinisk og vitenskapelig kompetanse. Ved inngangen til 2020-tallet gjelder mer enn noen gang at gynekologisk onkologi reelt er en egen spesialitet. Gjensidig kompetanseutveksling med tilgrensende spesialiteter, særlig gastrokirurgi, urologi og onkologi, er godt utviklet. Institusjonene for gynekologisk kreft i Bergen, Trondheim og Oslo er ESGO akkreditert for utdanning av europeiske gynonkologer. Radiumhospitalet har i tillegg akkreditering for behandling av sjeldne solide svulster (i ERN (European Reference Network)/ EURACANGyn) og har landsfunksjon for behandling av trofoblastsvulster, fertilitetsbevarende behandling av livmorhalskreft og eksenterasjonskirurgi. Radiumhospitalet fungerer som referansesenter for de andre regionale sentra.

Diagnostikk

Utviklingen innen bildediagnostikk de siste 25 år har vært preget av økt undersøkelseskapasitet (særlig CT) og klinisk etablering av nye metoder (MRI og PET). Tilgangen til ny bildediagnostikk

er sannsynligvis den viktigste faktoren for kliniske fremskritt i perioden. I patologifaget har immunhistokjemi, molekylærpatologi og kunstig intelligens fått stor forskningsmessig og klinisk betydning. Den datatekniske utviklingen har vært avgjørende for rask anvendelse av nye metoder og etablering av strukturert kommunikasjon mellom ulike spisskompetanser. Multidisiplinære møter (MDT) har blitt en selvfølgelig del av den kliniske hverdagen. I tillegg til primærdiagnostikk har moderne bildediagnostikk fått stor betydning for behandlingsplanlegging og gjennomføring, særlig innen stråleterapi.

HPV og livmorhalskreft

Persisterende HPV-infeksjon som årsak til livmorhalskreft har blitt dokumentert. Professor Harald zur Hausen fikk Nobelprisen i 2009 for dette kunnskapsgjennombruddet, som har gjort vaksiner mot livmorhalskreft mulig. HPV-vaksinering av jenter i 7. klasse ble etablert i 2009, og siden 2018 også av gutter. Vaksineeffekt på forekomsten av kondylom og dysplasi ble tidlig dokumentert. Effekt på forekomst av livmorhalskreft krever lengre observasjonstid på grunn av lang utviklingstid mellom HPV-infeksjon og utviklet kreft (long lead time). Men, nylig har den første populasjonsbaserte studien blitt publisert som viser overbevisende effekt også på livmorhalskreft (88 % risikoreduksjon).

Kunnskapen om HPV har også hatt avgjørende betydning for Livmorhalsprogrammet. Siden 2018 er cytologisk prøve erstattet med HPV-test, som primær screeningundersøkelse hos kvinner 34 – 69 år. Høyere negativ prediktiv verdi tillater økt prøveintervall fra tre til fem år hos kvinner med negativ HPV primærttest. Hos yngre kvinner brukes fortsatt cytologi som primærttest.

Medikamentell behandling og gen-analyser

Utviklingen av kjemoterapi for gynekologisk kreft i perioden har hovedsakelig vært etablering av taxaner i kombinasjon med platinumstoffene. Intensiv forskning og utvikling innen molekylærbiologi har resultert i «targeted therapy», som

«Alle pasienter behandles i det offentlige helsevesenet på høyspesialiserte regionale sentra, og i henhold til oppdaterte nasjonale retningslinjer. Det betyr at alle har lik tilgang til behandling av høy kvalitet.»

representerer et paradigmeskifte for medikamentell kreftbehandling. Bevacizumab ved avansert eggstokkreft er det første eksempelet på vellykket gynonkologisk targeted therapy. Senere har PARP hemmere (olaparib/niraparib) blitt godkjent som vedlikeholdsbehandling ved arvelig eggstokkreft, og representerer så langt det viktigste gjennombruddet for targeted therapy innen gynekologisk kreft. En tredje gruppe som ser ut til å få betydning er immunterapi (PD-1 hemmere). Arvelige risikofaktorer for eggstokkreft og endometriumkreft har blitt molekylærbiologisk identifisert og karakterisert. Fellesnevneren er defekte DNA reparasjonsgener. BRCA1 og 2 mutanter gir økt risiko for eggstokkreft. Andre mutante gener i gruppen mismatch repair (MMR) gir økt risiko for livmorkreft (Lynch syndrom). Tumorgenetiske analyser mot gen-paneler på 500 gener er allerede tatt i bruk i internasjonale kliniske studier. Gen-profilen til tumor vil peke på hvilke målrettede medikamenter som kan ha klinisk effekt.

Kirurgi

Laparoskopisk kirurgi har i stor grad erstattet åpen kirurgi innen generell gynekologi. For gynekologisk onkologi har denne utviklingen vært mindre, men økt etter at robotassistert endoskopisk kirurgi ble introdusert i 2000. Majoriteten av pasientene med endometriumkreft opereres nå med robotassistert laparoskopisk HBSO. Vaktpostlymfeknute (SLN)-deteksjon har blitt etablert ved hjelp av infrarødt lys og fluorescerende fargestoff (ICG) som injiseres i livmorhalsen umiddelbart preoperativt. Med SLN strategien kan pasienter av alle risikokategorier lymfeknute-kartlegges adekvat uten vesentlige bivirkninger.

Robotkirurgi med SLN er også aktuelt ved livmorhalskreft, men utviklingen her har stoppet opp etter påvisning av høyere residivrate sammenlignet med åpen kirurgi.

Radiokjemoterapi

Strålebehandling var grunnpilaren for etablering av Radiumhospitalet, og gynekologisk kreft var et viktig indikasjonssområde. Moderne brachyterapi med Iridium har etter hvert erstattet Radium-innlegg, og på slutten av 90-tallet ble ekstern + intern stråleterapi + samtidig kjemoterapi med Cisplatin ny standardbehandling for cervixcancer (radiokjemoterapi). Dette, kombinert med CT- og MR-basert doseplanlegging, har gitt kurasjonsgevinst og reduserte bivirkninger. Ansvaret for gynekologisk strålebehandling har blitt overført til spisskompetente onkologer og er et godt eksempel på integrert samarbeid med tilgrensende fagområder.

Overlevelsesdata

Fem års overlevelse i Norge for livmorhalskreft, alle stadier, er 81,2 %. Dette er på topp i verden. Tilsvarende toppl plassering gjelder for eggstokkreft, med 45,7 % overlevelse for alle stadier i perioden 2010-2014. Årsaken til begge disse suksessene kan forklares strukturelt og terapeutisk. Alle pasienter behandles i det offentlige helsevesenet på høyspesialiserte regionale sentra, og i henhold til oppdaterte nasjonale retningslinjer. Det betyr at alle har lik tilgang til behandling av høy kvalitet.

Det norske fagmiljøet har grunn til å være stolt av arbeidet som er gjort disse 25 årene.



Bekkensmerter – Fra et knapt eksisterende fagfelt til hensiktsmessig behandling

Da Norsk gynekologisk forening feiret sitt 50-årsjubileum for 25 år siden var fagfeltet bekken-smerter knapt eksisterende, men behovet for kunnskap var stort. Den gang som nå hadde minst 15 % av kvinner i fertil alder bekkenmerter som påvirker funksjonsevnen i betydelig grad. Dette gjaldt for så vidt også for smertefeltet generelt og i særlig grad med hensyn til langvarige smerter.



Unni Kirste

Pensjonert overlege, Spesialist i Fødselshjelp og kvinnesykdommer

Tverrfaglig internasjonalt samarbeid gir økt kunnskapsgrunnlag

Min vei inn i dette fagfeltet var den dype frustrasjonen jeg opplevde når vi ikke kunne hjelpe kvinner som kom på nytt og på nytt med smerteproblemer vi ikke skjønte noe av. Ofte fant vi ikke noe vi kunne operere, og fant vi et avvik hjalp ikke kirurgi mer enn i noen måneder. Ingen av mine flinke læremestere kunne

bidra til løsningen, men helt tilfeldig traff jeg en kollega i et annet felt som kjente til The International Association for the Study of Pain (IASP), en virkelig tverrfaglig organisasjon med medlemmer fra alle tenkelige fag og miljøer – fra lærere til cellebiologer og absolutt alle helseprofesjoner.

IASP har fra tidlig på 50-tallet samlet mange forskere og klinikere med bred og sammensatt kompetanse fra hele verden. I løpet av 90-årene publiserte forskere som Maria Giamberardino og Ursula Wessel studier om viscerale smerter som beskrev overførte smerter, perifer og sentral sensitisering. Grunnforskningen skjøt fart, både med kunnskap om nervesystemets biologi og psykologi og særlig

med sammenhengen mellom erfaringer, traumer og biologi. Det medførte modeller som forklarer klinisk erfaring og har ført til hensiktsmessige behandlinger. Riktignok er helbredelse sjeldent mulig, men reduserte smerter og forbedret funksjonsnivå og livskvalitet kan de fleste oppnå. Smertefeltet har god nytte av den Bio-psyko-sosiale modellen, som beskriver hvordan endringer på noen felter har konsekvenser for de andre, og for sykdom og helse.

Også kunnskapen om endometriosisens ulike former og effekt, og den kunnskapsutviklingen som har fulgt med ultralyd, laparoskopi og etter hvert også MRI, har hatt stor betydning. Vi vet rett og slett mye mer nå om både fysiologi og normal og patologisk anatomi enn vi visste tidligere. En tilnærmet ny tilstand, vulvodyni, har tilkommet de siste 20 årene. På 80-tallet hørte jeg så vidt om det vi i dag klassifiserer som konstant uprovosert vulvodyni. Tilstanden er sjelden og rammer vesentlig eldre kvinner, men jeg så knapt en ung kvinne med «provokert vulvodyni» før rundt årtusenskiftet. Hvorfor dette har blitt et så stort og utbredt problem er foreløpig ukjent.

Utfordrende ressursmangel og evig leting etter «sykdommen»

Ressursmangel, både i form av kunnskap og tid i klinikken, har vært og er en stor utfordring. Det tar tid å forstå den enkelte pasients historie, situasjon, ressurser og mulighet for endring. Et helsevesen som er innrettet på regnskapsmessig lønnsomhet basert på inngrep, prosedyrer og effektivitet, men ikke på resultater,

er uforenlig med persontilpasset omsorg for mennesker med langvarige og sammensatte plager. Jeg tror det ville spare helsebudsjettet mye om vi tidlig i et forløp klargjorde når en smerte representerer et rent somatisk problem og når det i tillegg dreier seg om sammensatte forstyrrelser i persepsjon og fortolkning med uhenktsmessig atferdsendring.

Det er krevende å jobbe med pasienter som ikke blir «helbredet», men det er min erfaring at det gir uendelig mye å få hjelpe fortvilte mennesker til et bedre liv. Selv om ikke alle leger skal ha dette som hovedoppgave mener jeg at vi alle bør kunne nok om smerter til å forhindre forverringer og hjelpe pasientene til en mer hensiktsmessig vinkling enn en evig leting etter «sykdommen». Det kan gi både oss og pasientene en bedre hverdag.



Fødselshjelp gjennom 25 år

I perioden da NGF feiret sitt forrige store jubileum for 25 år siden var «Evidensbasert» et mindre velkjent begrep innen fødselshjelpen. Inntil midten av 90-årene hadde vi praktisert faget etter beste skjønn, og etter hvilke vitenskapelige funn vi hadde tro på. Systematiske kunnskaps-oversikter var i sin spede begynnelse. Det ble etter hvert smertelig klart at vi sto på vaklende føtter når det gjaldt den kunnskapen vi burde bygge på. The Cochrane Collaboration startet i 1993. Fra 1995 fantes CD-rom med systematiske oversikter, som ble oppdatert to ganger i året.



Britt Ingjerd Nesheim
Professor emerita



Anne Flem Jacobsen
Overlege og professor

Fremskrittene innen fødselshjelp har vært mange siden midten av 90-tallet.

Evidensbaserte retningslinjer er det første som må nevnes blant sentrale forbedringer. Her må man også trekke frem det kanskje aller mest avgjørende fremskrittet, som ikke bare gjelder vårt fag, nemlig at internett har gitt oss en mulighet til å lese og holde oss oppdatert som vi ikke kunne drømme om på forhånd.

Forbedring av ultralydteknologien har også hatt stor betydning, med generell kvalitetsøkning i billediagnostikken og ikke minst blodstrømsundersøkelser, som har gått fra å være et forsknings-verktøy til å bli klinisk nyttig. Fosterdiagnostikk har hatt en stor utvikling, med bedre teknologi og dessuten kompetanseutvikling og -spissing. NIPT må nevnes spesielt, med nyttige muligheter til å oppdage alvorlige avvik tidlig i svangerskapet, som igjen har hatt betydning for fødselshjelpen.

CTG er ikke nytt de siste 25 årene, men kontinuerlig opplæring med sertifisering og resertifisering har gitt bedre fødselshjelp. Hvor nyttig STAN og laktatmålinger har vist seg å være, kan kanskje diskuteres. Reduksjon i sfinkterrupturer er en triumf, etter at det

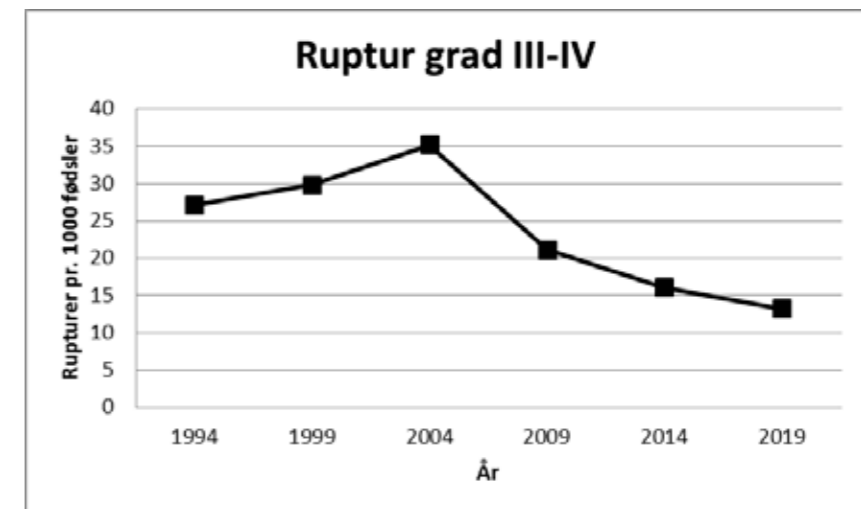
ble innført systematisk opplæring i støtte av perineum (Figur 1). Aggressiv blodtryksbehandling og tidlig induksjon har gitt reduksjon i maternelle preeklampsidødsfall. De siste åtte årene har det ikke vært noen dødsfall, mot i gjennomsnitt to hvert tredje år tidligere.

Så, hva har vært de største utfordringene i fagfeltet siste 25 år?

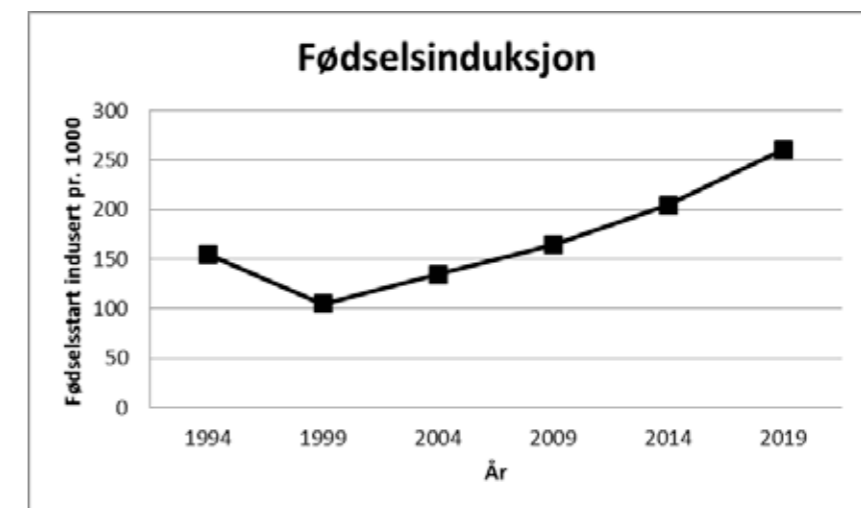
Norge er i verdenstoppen når det gjelder trygge fødsler. Likevel har fødselsangst vært et økende problem. Å håndtere denne angsten på en god måte har vært og er en utfordring, som blant annet handler om ikke bare å «løse» problemet med keisersnitt. Å holde et fornuftig nivå på sectioraten har hatt fokus. «I 1995 var den 12,1 %, og i 2020 var den 15,8 %. Oppgaven fremover må være å sikre oss at vi gjør sectio på de riktige indikasjonene – ikke for mange, ikke for få.

Konsensuskonferansen om ultralyd i svangerskapet i 1995 konkluderte som kjent med at alle gravide rutinemessig burde få informasjon om muligheter for en ultralydundersøkelse i uke 18. Etter denne tiden har det vært stor økning i «behov» for ultralyd-undersøkelser i tillegg til rutineundersøkelsen, av i og for seg normale graviditeter, og med stadige kontroller og dermed økende ressurbruk. Vi antar at årsaken er å finne i engstelse, dels hos kvinnen, dels hos helsepersonell. Dette, sammen med økning av induksjoner (Figur 2), har ført til økt belastning på føde-avdelingene generelt.

Forløsningsmetode ved seteleie ble et hett tema etter Hannah og medarbeideres artikkel i 2000, der de konkluderte med at planlagt sectio var tryggere for barnet enn planlagt vaginal fødsel ved termin. Hva skulle vi gjøre? Et sentralt argument var at hvis vi sluttet å forløse seteleier vaginalt, ville vi miste kompetansen, og det vil alltid være ikke-planlagte vaginale setefødsler. Etter mye diskusjoner og nye undersøkelser, er det slik at i 2020 ble 63 % av barna i seteleie forløst med sectio i Norge.



Figur 1: Nedgang i sfinkterrupturer i norsk fødselshjelp.



Figur 2: Økning i induksjoner i norsk fødselshjelp.

«Det er svært viktig å utdanne og tilrettelegge for morgendagens obstetrikere slik at de ønsker og orker å stå i denne fascinerende, men krevende spesialiteten frem til de går av med pensjon»

Fremtidens utfordringer?

Vi tror forventningsstyring vil være en sentral utfordring i fremtidens fødselshjelp. Vi må kommunisere og opplyse, slik at kvinnene ikke kommer med forventninger som helsetjenesten ikke er i stand til å oppfylle. Det hører med til dette å klare å trygge kvinners tro på egne evner i forbindelse med fødsel.

I fremtiden vil også ressurstilgangen sannsynligvis by på utfordringer. Økningen i induksjoner krever som nevnt ressurser, og det samme gjør oppfølging av barselkvinnen, som er allerede en utfordring. I tillegg er det bekymringsfullt når man blir

avhengig av utenlandske vikarer, eksempelvis under nåværende og kommende pandemier.

Selv valgte vi begge å fordype oss i nettopp dette fagfeltet med samme motivasjon. Fødselshjelp er et felt som (stort sett) er preget av positivitet og glede, og der vi har følelsen av å gjøre en forskjell. Vi har aldri sluttet å glede oss over en avsluttet fødsel og at vi har kunnet dele foreldrenes glede. Det er imidlertid svært viktig å utdanne og tilrettelegge for morgendagens obstetrikere slik at de ønsker og orker å stå i denne fascinerende, men krevende spesialiteten frem til de går av med pensjon.

Ultralyd og fosterdiagnostikk – ved målet i Noreg etter 40 år?

I tida før ultralyd omfatta svangerskapsomsorg primært den gravide, hennar velvære og dei svangerskapsrelaterte sjukdomar ho kunne få. Fosteret var skjult for innsyn, og ein fekk minimal informasjon om fosteret ved klinisk undersøking eller ved blod- og urinprøvar frå den gravide.



Sturla H. Eik-Nes

Ultralyddiagnostikk av foster har i Noreg meir enn i noko anna land i verda vorte kontinuerleg debattert sidan slutten på 70-talet. Det store spørsmålet i den tida var om ultralydundersøking skulle bli eit tilbod til alle gravide eller berre bli brukt på klinisk indikasjon. Epidemiologar og førande innan gynekologi gjekk inn for bruk på klinisk indikasjon. Ikkje alle var samde i det.

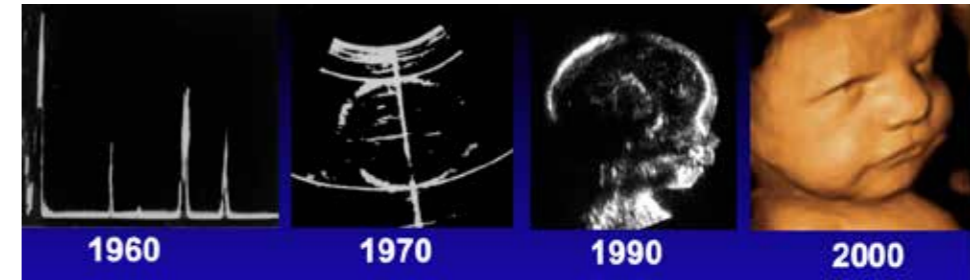
Etter ein intens konsensuskonferanse i 1986 vart tilbodet om veke 18 ultralyd innført i Noreg av sosialminister Tove Strand (Ap). Noreg vart såleis det andre landet i verda etter Tyskland, der helsestyresmaktene i 1980 innførte slikt tilbod til alle gravide. Vi tok eit godt steg framover, og det førte til at ultralyddiagnostikk gjekk frå uorganisert til organisert bruk, også med fokus på spesiell opplæring av personalet som utførte undersøkingane. Integrasjon av ultralydfunn saman med kliniske funn tok til. Ved hjelp av «Snurra», som alt var utvikla i 1984, saman med tilpassa tabellar, nomogram og eigna formular for registrering av ultralyddata, akkumulerte vi nye data om status og intrauterin utvikling.

I konsensusrapporten 1986 vart det slått fast at «Undersøkelsen må utføres av personell med spesialkompetanse, fortrinnsvis gynekologar og jordmødre». Utdanningskrava vart teke alvorleg. Eit DNL-utval utvikla eit omfattande, generelt dokument «Leger og annet helsepersonells bruk av ultralyd» i 1989. Norsk Gynekologisk Forening, begge jordmororganisasjonene, Helse- og sosialdepartementet og Nasjonalt Senter for Fostermedisin, var aktive i åra rundt tiårskiftet 80/90 med diskusjonar og tilrettelegging av utdanning i ultralyd for involverte legar og jordmødre. Jordmødre gjorde ein særskilt god jobb, etablerte kontakt med internasjonale utdanningsinstitusjonar som Johns Hopkins Hospital, Baltimore, og Thomas Jefferson University, Philadelphia. Resultatet i 1990 vart «Ultralyd i obstetikk – en utdanningsplan for jordmødre». Optimismen blant oss var stor i den tida. Endeleg slutt på eit tiår med lange debattar – trudde vi!

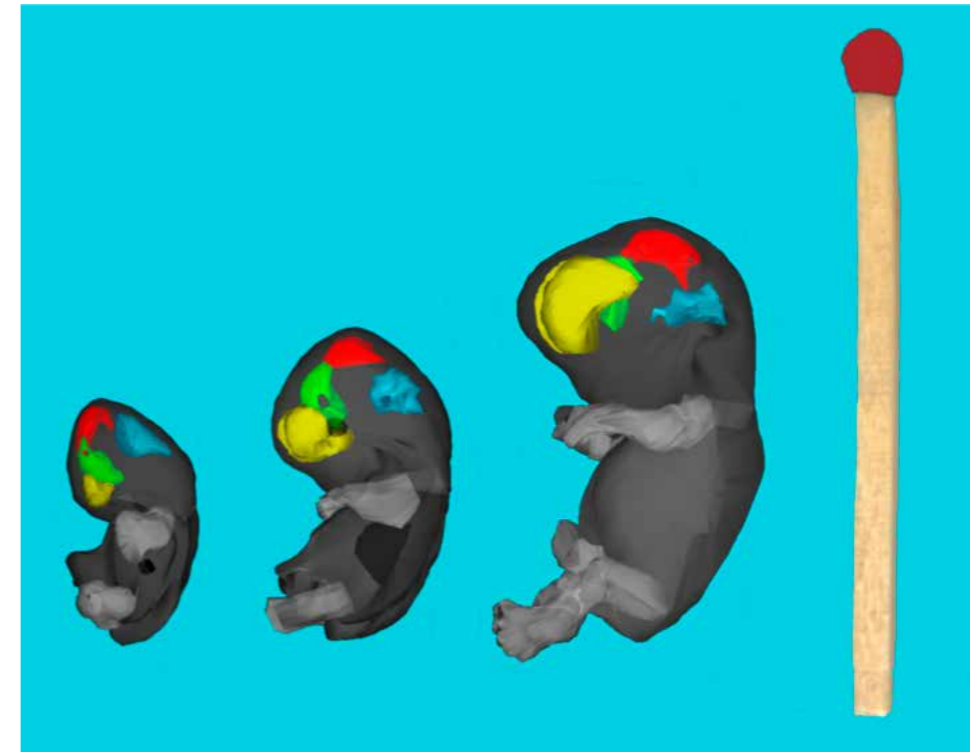
Ved den andre konsensuskonferansen i 1995 hadde vi lagt bak oss 9 år med organisering og utvikling av ultralyddiagnostikk. Konferansen vart to intense dagar som handla om grunnar for og i mot å halde fram tilbod til gravide i veke 18. I høve til den første konsensuskonferansen i 1986, som debatterte den tids forståing av ultralyd som *svangerskapsdiagnostikk*, var temaet i 1995 retta mot ultralyd som *fosterdiagnostikk*, mellom anna basert på ytringar i media. (Figur 1). Konferansenetemaet var viktig for endeleg å få ultralyd og fosterdiagnostikk opp til formell debatt. Konferansen enda med å halde fram med tilbodet om ultralyd i veke 18, med informert munnleg samtykke frå den gravide. På spørsmål frå pressa svarte eg at ultralyd i 1. trimester var neste steg. Det krevde 25 år med debatt.



Figur 1: Faksimile frå media i tida 1990–1995. Frå Lise Kvandes PhD, Bilete av svangerskap – bilete av foster. NTNU 2008.



Figur 2: Framstilling av fosterhovudet over 40 år frå 1960 – 2000 – med Mekanisk A-scan, 1960; Mekanisk B-scan, 1970; Elektronisk B-scan 1990; Elektronisk 3D-scan, 2000. Foto Nasjonalt Senter for Fostermedisin.



Figur 3: NSFM etablerte 3D-lab alt i 1994 med nært samarbeide mellom klinikarar og ingeniørar. Frå venstre, embryo 8/2 veke, 8/6 veke, 9/6 veke. Nittedals hjelpetikker, 49 millimeter! Foto: Harm-Gerd Blaas. The Lancet-Vol 352 – Oct 10, 1998

Ser vi attende på dei siste 25 år, kan vi konstantere kontinuerleg framgang av biletkvalitet (Figur 2). Sonoembryologi vart utvikla (Figur 3). Stridstemaet frå åttitalet om å tilby *ultralyd til alle, eller berre på klinisk indikasjon*, fall på det enkle grunnlag at foster i liten grad «annonserer» tilstanden sin klinisk. Dei fleste viktige fostertilstandar finn vi hos friske gravide med tilsynelatande normale graviditetar – ikkje i risikogrupper!

Ultralyd har vorte ein katalysator for utviklinga av nært samarbeide blant profesjonar involvert i perinatalmedisin. Vi har ein unik situasjon i landet vårt ved at det i 1998 vart etablert ultralyd-utdanning ved NTNU for jordmødre. Rundt 250 jordmødre er utdanna og utgjer i dag ryggraden av tilbodet om ultralyd med si basale jordmorutdanning, supplert med eitt-årig utdanning i ultralyd med høge krav til dokumentasjon av teoretisk og praktisk kunnskap. Deira grunnleggande kunnskap og mengdetrening gjer at jordmødrene finn dei tilstandar som er fostermedisinarane sitt arbeidsfelt, og dei gjer presise målingar. Ultralydundersøking av friske gravide er særskilt krevjande. Det er lett å oversjå viktige detaljar.

Primo nittitalet vart det klart i Noreg at ei ultralydundersøking

kunne isolere foster som sjølvstendig individ tilgjengeleg for individuell vurdering og oppfølging. I visse høve er det aktuelt med invasive inngrep, endra overvaking av fosteret eller endra tid eller måte å forløyse mor på. Dopplerultralyd er grunnlaget for fostermedisin. Invasive inngrep er utvikla, som blodtransfusjonar til rhesusaffiserte gravide og drenering av hydrothorax eller lungecyster ved innlegging av dren.

Transport av sjuke nyfødde til spesialavdeling er forbunde med risiko. Alt primo nittitalet starta «transport in utero og forløyning på spesialavdeling». Lista er lang over slike tilstandar: diafragmahernie, gastroschise, kompliserte omfalocele, ductusavhengige hjartefeil, sacrococcygeale teratomer, halstumores som treng EXIT-operasjon osv.

Når det gjeld framtida må ein vere førebudd på utfordringar. I 2004 vart det bråstopp for norske helsearbeidarar med å følgje internasjonal utvikling i bruk av ultralyd i 1. trimester. Det var som følgje av Bioteknologilova, som i 2020 er historie. Etter 16 år med nærmast forbod, har vi ein lang veg å gå. Det er viktig å byggje vidare på det etablerte samarbeidet innan bruk av ultralyd for å styrkje norsk perinatalmedisin.

Svangerskapsomsorgen – stor og viktig, og litt uvitenskapelig

Min interesse for svangerskapsomsorg ble for alvor vakt da jeg som fersk spesialist startet som forsker ved NIS (Norsk institutt for sykehusforskning) i 1984. En gruppe ved instituttet hadde nylig vist at dødfødselsratene var de høyeste i Norden. Deres utredning av tiltak ble publisert som NOU 1983:17 Perinatal omsorg i Norge, som inneholdt retningslinjer for svangerskapsomsorg. Det kom også sterk anbefaling om at kommunalt ansatte jordmødre skulle ha en del av svangerskapskontrollene, som i de andre nordiske landene. Debatten etterpå dreide seg imidlertid utelukkende om ultralydscreening og førte til de to konsensuskonferansene om rutinemessig ultralyd i 1986 og 1995. Begge ganger ble det slått fast at argumentet om at screening ville redde mange liv var tvilsomt og at det forskningsmessige grunnlaget for screening manglet, men screening ble likevel anbefalt.



Bjørn Backe

Spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, Professor emeritus

fødsels- og barselomsorg», oppstod en delt svangerskapsomsorg tuftet på konkurranse og ikke på samarbeid.

2005 – omsider kunnskapsbaserte retningslinjer.

Retningslinjene fra 1984 var basert på sedvane og datidens lærebøker. Kontrollintervallene var gammeldags (hver 4. uke til uke 28, så hver 2. uke til uke 36 og deretter ukentlig). GU med cytologisk prøve og palpasjon av mammae var obligatorisk ved første kontroll. Var Hb under 11 g/dl ved første kontroll skulle det gis jern og uansett Hb skulle alle ha jern fra uke 20. Hb og vekt skulle måles ved alle kontroller og fosterlyden telles.

For 25 år siden var behovet for oppdatering av retningslinjene overmodent. I 2005 kom Helsedirektoratets Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Jeg var oppnevnt som eneste gynekolog i

Mangelfullt samarbeid fra start

Dessverre ble kommunejordmortjenesten hverken utredet eller planlagt etter NOU 1984:17. De nye aktørene i kommunehelse-tjenesten måtte selv finne sin plass, i konkurranse med de andre aktørene. I stedet for felles omsorg, «shared care» som i UK eller en «sammenhengende svangerskaps-,

arbeidsgruppa. I tillegg var det to allmennleger og tre jordmødre. Direktoratet la stor vekt på at svangerskapsomsorgen skulle være kunnskapsbasert, men det var ikke ressurser til å utføre systematiske litteraturanalyser. Slike analyser var nylig gjort i England, av NICE (National Institute for Clinical Excellency). Deres retningslinjer var nøkterne og kortfattede, i god britisk akademisk stil. De ble oversatt og tilpasset til norske forhold. En digresjon er at reaksjonen mot avsnittet om alkohol var interessant. I det korte NICE kapitlet stod – med referanser – hvor mange alkoholenheter en gravid kunne drikke før det oppsto risiko for helseskader på barnet. Direktoratet mente at sånt kunne man ikke skrive, da det var en klar premiss at enhver mengde alkohol kunne være skadelig. Med andre ord: Skremsel versus saklig informasjon om faktagrunnlaget.

Manglende systematikk for vedlikehold av retningslinjer gjør at tilfeldighetene rå.

Uten kritisk vurdering blir svangerskapsomsorgen et ritual, og ikke en forskningsbasert helsekontroll. Vi mangler både den systematiske og kritiske tilnærmingen til utvikling og vedlikehold av retningslinjer, og et organ som utfører dette slik som f.eks. NICE.

Her er tre eksempler:

- Normalkurven for SF-mål som ble brukt i Helsekort for gravide fra 1984 til våre dager, var misvisende. Dette var velkjent, og derfor ble kurven aldri brukt i Sverige hvor den ble utviklet. Det manglet ikke på innspill til helsemyndighetene, men først etter over 30 år ble kurven skiftet ut.



Bilde: NOU 1983:17

- I 2018 innførte Helsedirektoratet generell screening for asymptomatisk bakteriuri, etter ønske fra et allmennt medisinsk miljø. Det er ikke vist at screening gir redusert forekomst av pyelonefritt. Det som er sikkert er at tusenvis av gravide nå får unødvendige antibiotikakurer «for sikkerhets skyld», i håp om at de skal unngå en svært sjelden tilstand som ikke er et viktig helseproblem.
- I 2018 innførte direktoratet også verdens mest detaljerte og omfattende screeningopplegg for svangerskapsdiabetes. Mulig gevinst er en marginal reduksjon i fødselsvekt, men prisen er at titusener skal til utredning og at tusenvis av kvinner gjøres til diabetikere i en viktig periode. Det er ikke kritisk vurdering av litteratur, mulige fordeler og ulemper som ligger bak denne innføringen.

Kritikk av svangerskapsomsorgen har ført til et paradigmeskifte i faget medisin!

Svangerskapsomsorg er vårt største screeningprogram med nesten 700 000 kontroller årlig, og kanskje det viktigste når det gjelder

å redde liv og unngå helseskade. Potensialet for forskning er stort. Husk at kontrollerte randomiserte studier vil ta forholdsvis kort tid sammenlignet med mange andre fag. Vi trenger 9 måneders oppfølging, mens de som jobber f.eks. med hjerte- og karsykdommer må vente i tiår.

Faktisk var det karakteristikken av obstetikk, som et uvitenskapelig fag på grunn av svangerskapsomsorgen, som på 1980-tallet innledet utviklingen som har gitt oss den nye standarden for medisinsk vitenskap, nemlig kunnskapsbasert medisin der Ian Chalmers og Cochrane Library er viktige stikkord. Dette viser at med utgangspunkt i svangerskapsomsorg kan man oppnå mye!

Referanser:

Sosialdepartementet. NOU 1984:17 Perinatal omsorg i Norge. Universitetsforlaget Oslo, Bergen, Tromsø 1984.
Helsedirektoratet, Oslo 2005. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. IS-1179.
Backe B. Å skyte spurv med kanoner. Tidsskr Nor Legeforen 2018. doi:10.4045/tidsskr.18.0167.
Backe B, Flem-Jacobsen A, Magnussen EB, Morken NH. Rutinemessig urindyrkning hos gravide – slutt med det. Tidsskr Nor Legeforen 2020. doi:10.4045/tidsskr.20.0838

Hyperemesis gravidarum – Har dette forandret seg i løpet av 25 år da?

Hyperemesis gravidarum (alvorlig/ekstrem svangerskapskvalme og brekninger) rammer ca 1% av gravide, er den vanligste årsak til sykehusinnleggelse i første trimester, fører til svært dårlig livskvalitet for kvinnene og kan gi økt risiko for preterm fødsel og vekstretardasjon.



Åse Vikanes

Gynklinikk Nydalen og Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning



Jone Trovik

KK, Haukeland universitetssjukehus og Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen

Nei, vi har ikke selv hatt hyperemesis, men som unge gynekologspirer opplevde vi at kvinner innlagt med hyperemesis ble «stuet vekk» på enerom med beskjed om å ta seg sammen og tømme pussbekken selv. Sykepleierne fikk ikke hjelpe dem, men sukket over stadige (re)innleggelser med kommentarer som at «hun nok ikke ønsket å være gravid».

For oss ble det tidlig klart at disse kvinnene var veldig syke, men at helsepersonell til dels bagatelliserte plagene og at det manglet kunnskap om årsaker, risikofaktorer og gode behandlingsrutiner.

Åses avhandling i 2010, «Causes of hyperemesis gravidarum» (første doktorgradsprosjekt om hyperemesis i Norge på 70 år!), viste at døtre av mødre som hadde hatt hyperemesis og kvinner født i Sør-Øst-Asia og Afrika hadde 3-4 ganger så stor risiko for å utvikle tilstanden sammenlignet med de som hadde friske mødre eller var norskfødte. Videre forskning (tre doktorgrader og to post-doktorstipendiater) har fokusert på svangerskapsutfall, risiko for kreft, hjertesykdom og psykisk sykdom hos tidligere hyperemesis-pasienter samt risiko for kreft og nevroutviklingsykdommer hos deres barn.

Jone, inspirert av ernæringsansvarlig anestesilegeektefelle, ville tilby bedre ernæringsbehandling og piloterte (1996) og innførte sondeernæring ved Haukeland. Fra 1998 var dette nasjonal metode (NGF Veilederen). Likevel har det dette 25-året forekommet to hyperemesisdødsfall i Norge pga parenteral feilernæring (manglende tilsats av vitaminer i TPN-løsningen!).

For å få enklere og standardisert gradering av svangerskapskvalme, samt behandlingsmonitorering, ble det kanadiske spørreskjemaet PUQE (pregnancy unique quantification of emesis) oversatt og validert på norsk; SUKK (svangerskapsutløst kvalme kvantifisering).

De norske studiene har bidratt til søkelys på hyperemesis generelt, også utenfor Norge. Åse og Jone initierte det internasjonale, multi-disiplinære First world colloquium of Hyperemesis gravidarum i Bergen 2015, videreført 2017 (Windsor) og 2019 (Amsterdam) og medforfatterskap i en hyperemesisoversiktsartikkel i Nature Disease Primer 2020.

Dessverre har norske forskergrupper (Heitmann, Holst og Nordeng) så sent som i 2019 bekreftet at behandlingen fortsatt er suboptimal. Kvinnene føler seg ikke ivaretatt. De savner å bli tatt på alvor, både hos fastlegen og i spesialisthelsetjenesten. Nesten 25% hadde overveid å avslutte svangerskapet (ab.prov), mens 75% overveide å ikke gå gjennom noe nytt svangerskap.

Hva er utfordringer pr 2021?

- Vi mangler fortsatt kunnskap: Det er funnet endringer i det placenta-/apetittregulerende genet GDF-15 hos kvinner med hyperemesis, men vet vi fortsatt ikke *hva* som forårsaker hyperemesis.
- Vi gir ikke god nok behandling: Vi har fortsatt ikke norsk godkjenning for antiemetika med indikasjon svangerskapskvalme, og halvparten av kvinnene har ikke brukt antiemetika før innleggelse for hyperemesis.

Bilde: Privat foto fra norsk hyperemesispasient, gitt til Jone Trovik med tillatelse til bruk



- Tidlig og total utilstrekkelig maternell vektøkning i hyperemesis-svangerskap gir økt risiko for vekstretardasjon. Å sikre kvinner med hyperemesis tidlig ernæringsbehandling vil trolig kunne redusere slik risiko.
- Hyperemesis er underprioritert: Når selv en kunnskapsrik og empatisk professor anser tema Hyperemesis som uegnet for jubileumsnummeret av Gynekologen!

Kvinner med hyperemesis trenger omsorg, empati og god behandling. Kunnskap om dette må ut til folk flest og oss behandlere!

Infertilitetsbehandling de siste 25 år – Stadig dagsaktuelt og i jevn utvikling

Da jeg begynte i gyn/obst på slutten av 1970-tallet var behandling av infertilitet svært enkelt. Tette tuber ble operert, men resultatene var dårlige med 5-10% live birth rate og mange ex.u-er. Ved egglossningsforstyrrelser hadde vi klomifen og ovariell kilereseksjon til PCOS-pasientene. Sterkt redusert sædkvalitet/azoospermi kunne bare behandles med anonym sæddonasjon.



Tom Gunnar Tanbo
Dr. med, Spesialist i Fødselshjelp
og Kvinnesykdommer og
Professor emeritus, UiO

Sommeren 1978 skjedde det som skulle komme til å revolusjonere behandlingen av infertilitet, da fysio-logen Robert G. Edwards og gynekologen Patrick Steptoe publiserte det første vellykkede IVF-forsøket til behandling av tubar infertilitet. Jeg kunne ha beskrevet dette som et kvantesprang, men siden jeg for mange år siden lærte av en kjernefysiker at et kvantesprang er naturens minste målbare

lengde, skal jeg la det være. Raskt ble IVF etablert behandling av de fleste årsaker til barnløshet.

Utviklingen av infertilitetsbehandling de siste 25 årene har i stor grad vært styrt av endringer i Bioteknologiloven.

Fra nyttår 1996 ble ICSI tillatt i Norge, og med det fikk vi et viktig verktøy i behandling av par med sterkt nedsatt sædkvalitet. ICSI hjalp imidlertid ikke menn med azoospermi, men senere kom TESA/PESA med uthenting av spermier direkte fra testiklene eller epididymis. De som nå fortsatt trenger behandling med donorsæd er dem hvor det heller ikke finnes spermier i biopsier/aspirater.

I 2009 fikk lesbiske par tilgang til behandling med donorsæd, og ca 60% av dem som nå behandles er lesbiske par. Enslige kvinner fikk ved endring av Bioteknologiloven i 2020 også mulighet til behandling med donorsæd. Det finnes ingen oversikt over hvor mange dette kan dreie seg om, men behovet for sæddonorer vil sannsynligvis øke betydelig.

Mens menn som skulle gjennomgå kreftbehandling med cytostatika/stråling/kirurgi i mange år hadde kunnet fryse ned sæd på forhånd, ble det fra 2004 etablert en virksomhet for å kunne hjelpe kvinner i samme situasjon. Hos disse kunne man før oppstart av

kjemoterapi ta ut det ene ovariet og fryse ned cortex med tanke på transplantasjon til gjenværende ovarium når de var blitt friske. Første barnet født etter autotransplantasjon av ovarialvev i Norge skjedde i 2011. Det viste seg senere at hos den store gruppen med brystkreft kunne man i stedet stimulere som til IVF og fryse ned oocytter eller embryo. Det forutsetter at det er tid nok fram til oppstart av kjemoterapi og at oocytene kan vitriferes. Vitrifisering innebærer at nedfrysingen foregår så raskt at det ikke dannes iskrystaller i cellen, men hele cellen omdannes til et glasslegeme

Sommeren 2020 åpnet Stortinget for nedfrysing av oocytter på ikke-medisinsk indikasjon, «social freezing», og eggdonasjon til kvinner med sterkt nedsatt ovarialreserve eller prematur ovarialsvikt. Eggdonasjon har ikke kommet helt på plass ennå fordi det har vært en diskusjon om hvem som skulle kunne rekrutteres til donor og hvilken økonomisk kompensasjon de skal få.

På IVF-fronten skjer det jevnlig endringer/forbedringer.

Ovulasjonshemming med GnRH-antagonist i stedet for agonist gir kortere stimuleringsregimer med mindre bivirkning og ikke minst redusert forekomst av OHSS. Blastocystdyrking og kontinuerlig oppfølging av embryo-utvikling ved time-lapse monitoring har kommet de siste 10 årene og blitt etablert ved de fleste klinikker. Meta-analyser viser imidlertid ikke overbevisende fordeler ved noen av dem i forhold til endepunktet kumulativ fødsel av levende barn.

Klomifen til ovulasjonsinduksjon ved normogonadotrop anovulasjon forsvant fra markedet for noen år tilbake. Som erstatning kan brukes tamoxifen 20-40mg, men de fleste har nok gått over til aromatasehemmeren letrozol som har noe høyere suksessrate og lavere bivirkningsprofil.

Til tross for at de desidert største fremskrittene innen infertilitetsbehandling nok kan sies å ha skjedd på 1970-tallet, er faget stadig både høyaktuelt og i full utvikling. For de som ønsker seg mer litteratur om infertilitet vil jeg anbefale UpToDate «Overview of infertility» som også har koblinger til mer spesifikke emner om infertilitet.



Intrarosa®
Prasteron 6,5 mg (DHEA)
vagitorie



Et lite vagitorie med dobbel effekt

Hovedsakelig
ANDROGENE
effekter

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

KOMPLETTERENDE
effekter av østrogen
og androgener

- Påvirker epitelet, lamina propria og muscularis
- Vaginal gjennomblødning

Hovedsakelig
ØSTROGENE
effekter

- Vaginal pH



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

Intrarosa «Endoceutics»

ATC-nr.: G03XX01

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

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

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

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

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

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

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

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Vaginalskylning.

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

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

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

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

Basert på SPC sist endret 12/2019

Nytt fra NGF-styret

Siden forrige rapport er det avholdt to styremøter på Zoom, 02.03.2021 og 16.04.2021.

Veilederen:

Veileder i gynekologi er publisert og ligger ute til bruk.

Utvalgte aktuelle høringer:

- NGF har støttet foreslåtte endringer i forskriften for Medisinsk fødselsregister, om at IVF-forsøk blir registrert i fødselsregisteret, uavhengig av utfall.
- NGF har svart på høring fra Helse- og omsorgskomiteen og støttet et representantforslag om at Cervarix erstattes med Gardasil 9 som HPV-vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet.

Legeforeningen:

- NGF har i likhet med de andre fagmedisinske foreningene fått henvendelse fra helsetilsynet via Legeforeningen om vi kan påta oss å foreslå sakkyndige i tilsynssaker. Styret ser positivt på muligheten til dette. Man foreslår å opprette en bank over ressurspersoner som kan være aktuelle å spørre, snarere enn å finne en aktuell kandidat i hver enkelt sak. Kvalitetsutvalget har akseptert oppdraget med å se på hvordan dette kan organiseres.

HDIR:

- Arbeidsgruppen som ble nedsatt av NGF for å utarbeide forslag til utdanningsopplegg for LIS og ferdige spesialister i tidlig ultralyd og NIPT har levert et gjennomarbeidet og detaljert forslag som ble godkjent på styremøtet 02.03.21 og er oversendt til HDIR og Helseforetakene.

- HDIRs referansegruppe for tidlig ultralyd avventer revidert statsbudsjett for å se hvilke midler som stilles til disposisjon for oppstart av 12-ukers ultralyd i helseforetakene.
- HDIRs referansegruppe for god fødselsomsorg jobber med endring av seleksjonskriterier til de ulike omsorgsnivåene (fødestue-fødeavdeling-kvinneklinikk). Man har foreløpig ikke sett på bemanningskriterier (per 16.04.2021).

Andre aktuelle saker:

- Styret har fått henvendelse fra en overlege i ortopedi ved OUS angående problemer med feilplasserte p-staver og risiko for nerveskader. Dette er også problematisert i en artikkel i Tidsskriftet for den norske legeforening: <https://tidsskriftet.no/2021/04/kort-kasuistikk/alvorlige-nerveskader-ved-bruk-av-p-stav>. Man ber produsenten informere alle som skal sette preparatet om hva som er gjeldende prosedyre og vurdere en helt ny plassering for å unngå problemet. Henvendelse om endring av farge på implantatet for lettere identifisering er også sendt til produsenten.
- Styret har fått henvendelse fra legemiddelfirmaet Bayer med spørsmål om det er behov for retningslinjer når det gjelder digital prevensjonsveiledning. Det vises til Sverige som har egne retningslinjer for dette. Styret anser digital prevensjonsveiledning som høyaktuelt og anerkjenner behovet. Gruppen som har skrevet prevensjonskapittelet bes utforme et tillegg om digital prevensjonsveiledning.

Styret i Norsk gynekologisk forening



Kirsten Hald

Leder NGF.
Overlege PhD, Gynekologisk avdeling, Avdelingsleder FoU, Kvinneklinikken, OUS. Spesialinteresser fag: endoskopi, myomer, misdannelser. Fritid: Seiling, ski, basketball-mamma.
kbald@online.no T: 95224181



Nils-Halvdan Morken

Nestleder NGF.
Overlege Haukeland Universitetssjukehus og Professor Universitetet i Bergen. Interessert i obstetikk, reproduktiv epidemiologi, ølbrygging og sykling.
nbmorken@online.no T: 92257114



Ragnar Kvie Sande

Vitenskapelig sekretær.
Spesialist i gynekologi og obstetikk og PhD i ultralyd i 2013. Seksjonsoverlege på fostermedisin ved Stavanger Universitetssjukehus og 1. amanuensis ved Universitetet i Bergen. På fritiden spiller han gitar og leser bøker.
ragnar.sande@gmail.com T: 97977379



Hans Kristian Opøien

Kasserer NGF.
Overlege v/ Kvinneklinikken AHUS.
PhD i reproduksjonsmedisin/endometriose.
hans.kristian.opoien@ahus.no T: 92889396



Yngvild Skåtun Hannestad

PSL/avtalespesialist.
Doktorgrad om urinklekasje, men generalist i praksis. Medlem i Spesialitetskomiteen, vara PSL Hordaland, leder PSL forskningsutvalg. Ellers: aktiv innenfor basketball og er i styret i Filosofisk poliklinikk i Bergen
yngvild.hannestad@uib.no T: 91695885



Anders Einum

Sekretær NGF, styremedlem FUGO.
LiS Haukeland Universitetssjukehus.
På fritiden spiller han gitar og rydder i garasjen.
aeinum@gmail.com T: 48053086




Remifemin®

Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter og svetting

Det er utført flere kliniske studier med bruk av *Cimicifuga racemosa* mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting¹. Brukes kun i samråd med lege ved samtidig bruk av østrogen, ved kreft eller leversykdom.



- ✓ Mot hetetokter og nattesvette
- ✓ Reseptfritt legemiddel
- ✓ Plantebasert uten østrogen

 Fås på alle apotek

¹ Remifemin® (Cimicifuga racemosa) 2,5 mg. Reseptfritt. Middel mot overgangsalderplager. ATC-nr: G02C X04. Plantebasert legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. Dosering: 1 tablett 2 ganger daglig. Effekt sees tidligst etter 2 ukers behandling. Det anbefales å bruke preparatet i flere måneder, men ikke >6 måneder uten medisinsk tilsyn. Anbefales ikke for gravide eller ammende. Ved samtidig bruk av østrogen, ved nåværende eller tidligere hormonavhengig kreft eller ved leversykdom må Remifemin® kun brukes i samråd med lege. Ved tegn til leverskade skal behandlingen avsluttes. Ved vaginalblødning eller nye/uklare symptomer bør lege kontaktes. Bivirkninger: Tilfeller av levertoksitet er rapportert ved bruk av preparater som inneholder Cimicifuga. Inneholder laktosemonohydrat. Basert på SPC: 24.03.2015

Referanser: 1. Henneicke-von Zepelin, HH. 60 years of *Cimicifuga racemosa* medicinal products. Wien Med Wochenschr (2017) 167: 147.

Viktige frister i året som kommer:

Frist for å melde inn saker til generalforsamlingen: **15. august 2021**
Sendes til Kirsten Hald, khald@online.no

Frist for å sende inn abstrakt til årsmøtet: **15. august 2021**
Bruk malen for abstrakt som er tilgjengelig på NGFs nettside.
Sendes til vitenskapelig sekretær Ragnar Sande, ragnar.sande@gmail.com

Frist for å søke NGFs Solidaritetsfond for Kvinnehelse: **15. august 2021**
Informasjon om fondet finnes på NGF sine nettsider.
Sendes til Kirsten Hald, khald@online.no

Frist for å nominere kandidater til følgende priser er **15. august 2021**:
- NGFs hederspris, utdeles på årsmøtet.
Sendes til khald@online.no
- NGFs forskningspris, utdeles på årsmøtet.
Sendes til khald@online.no
- Forbildeprisen, utdeles av Spesialitetskomiteen på årsmøtet.
Sendes til Christine Hancke, christinehancke@hotmail.com

Frist for å sende inn årsrapporter for 2020: **9. September 2021**
Sendes til Tale Meinich, tmeinich@gmail.com

Materialfrist for tredje utgave av Gynekologen: **9. september 2021**
Sendes til Tale Meinich, tmeinich@gmail.com

C **Toviaz «Pfizer» Muskarinreseptorantagonist. ATC-nr.: G04B D11**
T DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver depottablett inneh.: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: ndigotin (E 132), titandioksid (E 171).
Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med overaktiv blære.
Dosering: Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. Daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potent CYP 3A4-hemmer, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2-8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Nedsatt nyre- eller leverfunksjon under fravær og nærvær av moderate og potente CYP 3A4-hemmere: Dosejustering iht. Tabell ved nedsatt nyrefunksjon,

	CYP 3A4-hemmer		
	Ingen	Moderat	Potent
Nedsatt nyrefunksjon1	Mild	4-8 mg	Bør unngås
	Moderat	4-8 mg	Kontraindisert
	Alvorlig	4 mg	Kontraindisert
Nedsatt leverfunksjon1	Mild	4-8 mg	Bør unngås
	Moderat	4 mg	Kontraindisert
		Bør unngås	Kontraindisert

1 Mild GFR = 50-80 ml/minutt, moderat GFR = 30-50 ml/minutt, kraftig GFR = <30 ml/minutt.

2 Forsiktig doseøkning.

Barn: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Ingen tilgjengelige data. Administrering: Skal svelges hele sammen med væske. Kan inntas uavhengig av måltid.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdstoffene, peanøtter eller soya. Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megakolon. Ukontrollert trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» C). Samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon (f.eks. klinisk signifikant forstørret prostata pga. benign prostatahyperplasi). Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroesofagealrefluks og/eller samtidig bruk av legemidler som kan føre til eller forverre øsofagitt (f.eks. orale bisfosfonater), nedsatt gastrointestinal motilitet, autonom neuropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller opptrettes hos pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktiv metabolitt: Nedsatt lever- og nyrefunksjon, samtidig administrering av potente eller moderate CYP 3A4-hemmere, samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere. Ved kombinasjon av disse faktorene forventes ekstra økning i eksponeringen.

Doseavhengige antimuskarine bivirkninger vil sannsynligvis oppstå. Individuell respons og toleranse bør evalueres før doseøkning til 8 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til overaktiv blære må utelukkes før behandling. Andre årsaker til hyppig vannlating (behandling av hjertesvikt eller nyresykdom) må vurderes før behandlingsstart. Ved forekomst av UVI må egnet behandling igangsettes. Angioødem er rapportert med fesoterodin, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Hvis angioødem forekommer, skal fesoterodin seponeres og egnet behandling igangsettes umiddelbart. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QT-forlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (f.eks. myokardial iskemi, arytmi, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukosegalaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiver, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mage-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks.fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, nefazodon, nefli avir, ritanavir (og alle ritanavirforsterkede PI-regimer) saknavir og tellitromycin). Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger og dosereduksjon til 4 mg kan være nødvendig. Hos friske har fesoterodin 8 mg 1 gang daglig ingen signifikant effekt på farmakokinetikk eller antikoagulerende effekt av en enkelt dose warfarin. **Graviditet/Amning:** Fertilitet: Ikke vurdert. Fesoterodin har ingen effekt på mannlighet eller kvinnelig fertilitet eller andre effekter på reproduksjonsfunksjonen hos mus, eller på tidlig utvikling av embryo hos musefoster. Kvinner i fertil alder bør gjøres oppmerksom på manglende fertilitetsdata, og fesoterodin bør bare gis etter en individuell nytte-/risikovurdering. Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Munntørhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominalmerter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Tørr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørr øyne. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Abdominal ubehag, flatulens, gastroesofageal refluks. Hjerte/ kar: Takykardi, palpitasjoner. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, somnolens. Nyre/urinveier: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinhesitasjon. Øre: Vertigo. Øye: Uklart syn. Øvrige: Utmattelse. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Angioødem, urticaria. Psykiske: Forvirringstilstand. Etter markedsføring: Tilfeller av urinretensjon hvor kateterisering har vært nødvendig, vanligvis i løpet av den 1. behandlingssuken. Primært sett hos eldre mannlige pasienter (>65 år) som tidligere har hatt benign prostatahyperplasi. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opptil 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge bivirkninger. Behandling: Ev. ventrikkelstykling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D11 side 65 d i Felleskatalogen 2012.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolysert av uspesifikke plasmæsteraser til 5-hydroksymetylderivatet, dens primære aktive metabolitt, som er det dominante aktive farmakologiske prinsippet ifesoterodin. Absorpsjon: Maks. plasmanivå nås etter ca. 5 timer. Terapeutiske plasmanivåer oppnås etter 1. administrering. Proteinbinding: Aktiv metabolitt er ca. 50% bundet til albumin og alfa-1-surt glykoprotein. Fordeling: Distribusjonsvolum: 169 liter etter i.v. administrering. Halveringstid: Terminal halveringstid for aktiv metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktiv metabolitt. Gjennomsnittlig Cmax og AUC for aktiv metabolitt, øker opptil hhv. 1,7 ganger og 2 ganger hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme. Utskillelse: Ca. 70% i urin og 7% i feces. Levermetabolisme og nyrennskillelse bidrar i betydelig grad til å utskille den aktive metabolitten. Pakninger og priser: 4 mg: 28 stk. (blister) kr. 342,00. 84 stk. (blister) kr. 953,40. 8 mg: 28 stk. (blister) kr. 398,40. 84 stk. (blister) kr. 1122,60.

Refusjon: 1G04B D11_1. Fesoterodin.

Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskode: ICPC Vilkår nr ICD Vilkår nr

U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 13.11.2019

Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med **Overaktiv Blære.**⁽¹⁾



Fleksibel dosering for persontilpasset behandling av overaktiv blære.



Fleksibel dosering. Startdose 4 mg som kan økes til 8 mg avhengig av pasientens behov.⁽¹⁾



Reduserer signifikant antall blæretømminger og inkontinensepisoder sammenlignet med placebo.⁽¹⁾
[p<0,001]



Signifikant flere pasienter i % rapporterte "vesentlig forbedret" eller "forbedring" vs. placebo.⁽¹⁾
[p<0,001]

Toviaz[®]
fesoterodine fumarate

1. SpC Toviaz

Viktig sikkerhetsinformasjon

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Munntørhet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Abdominalmerter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Tørr hals. Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørr øyne.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet, peanøtter eller soya eller overfor hjelpestoffer. Urinretensjon, ventrikkelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megakolon. Alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child Pugh C). Samtidig bruk av potent CYP3A4-hemmere hos pasienter med moderat til kraftig nedsatt lever eller nyrefunksjon.

Advarsler og forsiktighetsregler - TOVIAZ bør brukes med forsiktighet hos pasienter med: Betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon. Ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen. Organiske årsaker til overaktiv blære må utelukkes før behandling. Angioødem er rapportert med fesoterodin, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet.

Interaksjoner: Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaper kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. For ytterligere informasjon, se neste side.



Behandling ved vaginal atrofi

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

EFFEKT

Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹⁻⁴

SIKKERHET

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

VAGINALGEL

Adhesiv, smørende og lindrende¹

RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL

Gelisse®

50 µg østriol/g vaginalgel

Gelisse

Østrogen

ATC-nr.: G03CA04.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 11.04.2017. Gelisse, VAGINALGEL: Styrke: 50 µg/g. Pakning: 30 g (tube). For aktuell utsalgspris se www.legemiddelsok.no. Refusjon/Byttegruppe: -/- . Reseptgruppe C.

Referenser:

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

Kjære Kolleger!

Lokal komité ved Kvinneklivnikken Sykehuset i Vestfold gleder seg stort til å arrangere NGF's Årsmøte 2021.

Det har vært en spesiell tid med pandemi, og fagmiljøet lengter etter igjen å kunne treffe hverandre for både faglige og sosiale stimuli.

Da passer det ypperlig å legge møtet til middelalderbyen Tønsberg, av mange regnet som Norges eldste by. En perle ved kysten ikke langt fra hovedstaden. I nyere tid døpt til Norges «Miami».

Årsmøtet vil gå av stabelen på det nyrenovertede Hotell Klubben på bryggen i Tønsberg. Et moderne og tradisjonsrikt hotell beliggende i den mest sentrale og levende delen av Tønsberg. «Get Toghether» vil bli arrangert på «Stasjonen» som ligger rett ved togstasjonen i Tønsberg, kun en liten spasertur fra bryggen. Årsmøtemiddagen blir holdt i hovedsalen på Hotell Klubben.

For øvrig kan lokal komité friste med både morgenyoga og morgenløpetur for de som skulle være interessert. En perfekt anledning til å skjerpe sansene inn mot det gode faglige programmet som vil møte oss. Lokal komité ser frem til å legge til rette for en flott opplevelse for alle deltagere.

Velkommen til Tønsberg!

På vegne av lokal komité
Lene Gjersøe Rasmussen

Utrogestan®

Bioidentisk, mikronisert progesteron

Indisert til kvinner som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART).



NYHET!

For å forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarnssvangerskap som har kort livmorhals (livmorhals \leq 25 mm ved ultralyd i andre trimester) og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel.



Program for årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening 27-29 oktober 2021 i Tønsberg

27/10

Forkurs:

09:00 – 15:00 FUGO forkurs

Formøte:

- 15:30 – 17:00 **Leiarforum.** Påmelding kr 95,-
- 17:30 – 19:00 **Gyn onkologisk formøte: PARP-hemmarar i praksis.** Påmelding kr 95,-
- 17:30 – 19:00 **Obstetrisk formøte: Induksjonsrutiner.** Påmelding kr 95,-
- 17:30 – 19:00 **Gyn endoskopisk formøte: Endometriose.** Påmelding kr 95,-
- 17:30 – 19:00 **Urogynekologisk formøte.** Påmelding kr 95,-
- 17:30 – 19:00 **Praktiserande spesialistar: Endometriose.** Påmelding kr 95,-

28/10

- 09:00 – 09:30 **Opning av årsmøtet**
Opning ved NGF-leiar Kirsten Hald
Velkommen til Tønsberg ved Anne Rygh Pedersen
Kulturelt innslag
- 09:30 – 10:30 **Keynote lecture:**
Tom Bourne: "Burnout and defensive medical practice in ob/gyn"
- 10:30 – 11:00 **Pause – besøke utstillarane**
- 11:00 – 12:00 **Frie foredrag obstetrik**
- 12:00 – 13:00 **Lunch**

Utrogestan (progesteron, mikronisert) 200 mg vaginalkapsler, myke. G03DA04. Hjelpstoffer med kjent effekt: Soyalecitin. **Indikasjoner:** Utrogestan er indisert til kvinner - som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi (ART). - for å forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarnssvangerskap som har kort livmorhals (livmorhals \leq 25 mm ved ultralyd i andre trimester) og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel. **Dosering:** Som støtte i lutealfasen ved assistert reproduksjonsteknologi – den anbefalte doseringen er 600 mg/døgn, fordelt på tre doser, fra dagen for embryooverføring til minst 7. uke av graviditeten og ikke lenger enn til 12. uke av graviditeten. For å forhindre for tidlig fødsel hos kvinner med ettbarnssvangerskap som har kort livmorhals og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel – den anbefalte doseringen er 200 mg per dag på kvelden ved leggetid fra ca. uke 20 til uke 34 i svangerskapet. **Bivirkninger:** Informasjonen gitt nedenfor er basert på omfattende erfaring etter markedsføring fra vaginal bruk av progesteron.

Organklasser	Frekvens ikke kjent (kan ikke anslås ut ifra tilgjengelige data)
Lidelser i kjønnsorganer og brystsykdommer	Vaginalblødning. Vaginal utflod
Hud- og underhudssykdommer	Kløe

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor noen av hjelpestoffene: *Kapselinnhold:* Solsikkeolje, raffinert, soyalecitin, *Kapselskall:* Gelatin, glyserol, titandioksid (E171), Vann, renset. Alvorlig nedsatt leverfunksjon, Udiagnostisert vaginalblødning, Karsinom i bryster eller genitalier, Tromboflebit,

Tromboemboliltilstander, Hjerneblødning, Porfyri, "Missed abortion". **Advarsler:** Utrogestan skal kun brukes de første tre månedene av graviditeten og skal kun administreres vaginalt. Forskrivning av progesteron etter første trimester av graviditeten kan utløse svangerskapskolestase. Utrogestan er ikke egnet som prevensjonsmiddel. Behandling skal seponeres ved diagnostisering av "missed abortion". **Forsiktighetsregler** Utrogestan inneholder soyalecitin og kan forårsake overfølsomhetsreaksjoner (urtikaria og anafylaktisk sjokk hos overfølsomme pasienter). Siden det er mulig sammenheng mellom allergi mot soya og allergi mot peanøtter, bør pasienter med peanøttallergi unngå å bruke Utrogestan. **Interaksjon med andre legemidler og andre former for interaksjon:** Utrogestan kan påvirke effektene av bromokriptin og eventuelt øke plasmakonsentrasjonen av ciklosporin. Utrogestan kan påvirke resultatene av laboratorieprøver for lever- og/eller endokrine funksjoner. Utrogestans metabolisme akselereres av rifamycinholdige legemidler (slik som rifampicin) og antibakterielle midler. Progesterons metabolisme i humane levermikrosomer ble hemmet av ketokonazol ($IC_{50} < 0,1$ mikroM). Ketokonazol er en kjent hemmer av cytokrom P450 3A4. Disse data indikerer derfor at ketokonazol kan øke progesterons biotilgjengelighet. Den kliniske relevansen av *in vitro*-funnene er ikke kjent. **Virkningsmekanisme:** Progesteron er et naturlig progestogen, det viktigste hormonet i corpus luteum og placenta. Det virker på endometriet ved å endre proliferasjonsfasen til sekretorisk fase. Utrogestan har alle egenskapene til endogent progesteron med induksjon av et endometrium i full sekresjon, og særlig gestagene, antiøstrogene, svakt antiandrogene og antiandosteroneffekter. **Pakning og pris:** 15stk vaginalkapsler, 180,20 kr (godkjent utsalgpris 2019-12-11). **Reseptgruppe C. SPC OPPDATERINGSDATO:** 02.02.2021. **Kontaktinformasjon på innehaver av markedsføringstillatelsen** Besins Healthcare Ireland Limited c/o Besins Healthcare Nordics AB, Box 30070, 200 61 Limhamn, Sweden. info.nordics@besins-healthcare.com

2021-02-NOR-UTR-038 / FEB 2021

Inngå et samarbeid med Norges største fertilitetsklinikk.

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

– Dr. Jon W. Hausken



✓ Samarbeider med gynekologer til fertilitetspatientens beste.

✓ Avdelinger i Oslo, Stavanger, Haugesund og Bergen.

✓ Etablér et kundeforhold til nye kunder i ditt område.

✓ Kontakt Jon direkte: jon@klinikkhausken.no



28/10

13:00 – 13:30 **Pause – besøke utstillarane**

13:30 – 15:00 **Ultralyd – billeddiagnostikk I førarsetet**

Tom Bourne “Pregnancy of unknown location”

Cathrine Ebbing: “Doppler – ultralydvurdering av fosterfysiologien”

Tina Tellum: “Ultralyd i utredning av gynekologiske smertepasienter”

15:00 – 15:30 **Pause – besøke utstillarane**

15:30 – 17:00 **Frie foredrag gynekologi**

17:00 – 17:30 **Pause – besøke utstillarane**

17:30 – 19:00 **Generalforsamling**

19:30 – 01:00 **Årsmøtemiddag**

29/10

09:00 – 10:30 **Gyn cancer sesjon**

Joanne de Hullu: «Prophylactic salpingectomy in the prevention of ovarian cancer»

Line Bjørge: “PARP-hemmere i behandlingen av gynekologisk kreft”

Tone Skeie-Jensen: “Diagnostikk av sarcoma uteri”

10:30 – 11:00 **Pause – besøke utstillarane**

11:00 – 12:00 **Frie foredrag obstetikk**

12:00 – 13:00 **Lunch**

13:00 – 13:30 **Pause – besøke utstillarane**

13:30 – 15:00 **Frie foredrag gynekologi**

15:00 – 15:30 **Pause – besøke utstillarane**

15:30 – 17:00 **Endokrinologi**

Oskari Heikinheimo «Current research on hormone-based contraceptives”

Mette Moen «Råd angående hormonbehandling i klimakteriet»

Nora Johansen «HRT til kvinner som har hatt kreft»

17:00 – 17:15 **Prisutdeling og avslutning.**

Abort – eit tema for gynekologar

Med mindre du har flytta praksisen offline (med Veilederen i app-versjon), har du fått med deg debatten som går om abort. Det er sterke ord og steile frontar om eit emne som høyrer med til faget vårt.



Marit Halonen Christiansen
Leder av NGFs arbeidsgruppe frem mot å vedta ein felles uttalelse om abort på Årsmøtet i Tønsberg i 2021

Norsk gynekologisk forening forsøkte på generalforsamlinga i 2019 å vedta ein uttalelse om abort. Det var ikkje mogleg, og ein satte ned ei arbeidsgruppe som skulle utgreie dette fram mot årsmøtet 2020. Som alle veit kom korona og utsatte det heile.

Arbeidsgruppa skal representere eit breitt utval av gynekologar. Gynekologar er òg like ulike som resten av befolkninga, men vi jobber tett på kvinner og reproduktiv helse.

Kirsten Hald og underteikna skreiv ein kort kronikk til Aftenposten i april 2021 – vi formulerer det slik: Gynekologane er uavhengig av anna ståstad samde om dette: Legane som sit i nemnd ynskjer å gje kvinna omsorg.

Fyrst i 1975 kunne kvinner sjølv søke om abort utan at mannen måtte skrive under. I 1978 kom lova nesten som vi kjenner henne i dag, med sjølvbestemt abort fram til veke 12. Abortnemnda slik vi kjenner den var innført med lova av 1960.

For 25 år sidan skjedde dei fleste abortar kirurgisk. Dette var 1995, og det vart gjennomført 13 874 abortar. Desse vart overveiande gjort kirurgisk. Medikamenter abort vart innført i 1998. Det har endra abortbehandlinga drastisk. I dag vert over 90% av alle abortar utført med medikament, mange gjerast heller ikkje på sjukehus, men heime med poliklinisk oppfølging. Det har gjort til at 84% vert utført før veke 9 mot 40% i 1995. Drygt 95% av alle abortar skjer før veke 12. Fleirtalet av abortar innvilga i nemnd handlar om sjukdom hjå fosteret. Etter veke 18 gjeld det 80-90% av alle abortar, og til saman 7 kvinner fekk avslag i klagenemnd opp til veke 22 i 2020.

I 2020 vart det utført 11081 abortar. Ein nedgang på over 2500 på 25 år. Aborttala har aldri vore lågare enn i dag.

Dei av oss som har jobba nokre år veit at ultralyd før og no ikkje kan samanliknast. Ny bioteknologilov som vart vedtatt i fjor gir alle kvinner rett til tidleg ultralyd. Kvinner over 35 år får NIPT, og kvinner under 35 år kan sjølv be om NIPT. Dette vil mellom andre ting truleg endre abortmønsteret enda meir mot tidlegare abortar.

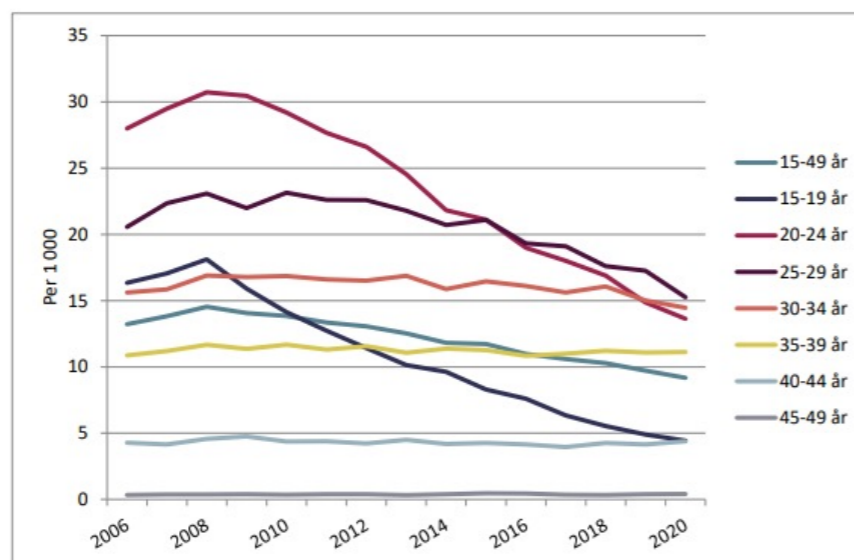
Dei politiske partia er spredte, frå Fremskrittspartiet som (per 09.05.21) ikkje nemner abort i sitt program, via Arbeiderpartiet som ynskjer å avvike nemdene frå veke 12-18 og utgreie eit alternativ med "trygg oppfølging og medisinsk veiledning" til SV som vil fjerne nemdene fram til levedyktighet.

Gruppa er samansett av Ole Erik Iversen, Pepe Salvesen, Liva Helleland, Lars Næss, Margit Steinholt, Anne Cecilie Hallquist, Mette Løkeland og underteikna.

Vi vil publisere bakgrunnsmateriale på NGF sine heimesider. Dette vil primært være informasjon som abortstatistikk, kva kan ein faktisk finne ut ved tidleg ultralyd og NIPT, korleis ståda er i andre land og kor mange får avslag i nemnd.

Sjølv debatten vil skje på generalforsamlinga i Tønsberg til hausten.

Vi tek sjølvstilt imot innspel – dette kan sendast til underteikna på marith@me.com



Figur 1. Utførte svangerskapsavbrot per 1000 kvinner etter kvinna sin alder 2006-2020. Kjelde: Abortregisteret.

VISERA
ELITE II

OLYMPUS



3D OG THUNDERBEAT

- Den perfekte kombinasjonen.

Med vårt nye 3D system og THUNDERBEAT – gir vi deg neste generasjon av bildebehandling og hemostatisk disseksjon.

2 generasjons 3D system med et eksepsjonelt 3D bilde, med roterbar 30° EndoEye i 3D.

- Plug & Play
- Autoklaverbart 3D videolaparaskop
- Autofokus

THUNDERBEAT er verdens første fullintegrerte bipolar- og ultralydsinstrument.

- Pålitelig 7 mm vevforsegling
- Minimal termisk spredning
- Hurtigst i klassen for kutting

Covid-19 ved svangerskap og fødsel – Vitenskapelige resultater per mai 2021

Leger og jordmødre i alle de nordiske landene har deltatt i nasjonal rapportering av gravide med covid-19 som legges inn i sykehus. Nordiske resultater fra første bølge er nylig publisert via NOSS-studien (Nordic Obstetric Surveillance Study) som gjelder for de første fire månedene av pandemien, og Medisinsk Fødselsregister har lagt fram foreløpige tall for 1. januar til og med 31. desember 2020.



Hilde Engjom

Overlege ved Avdeling for helseregisterforskning og -utvikling

Resultater fra NOSS-studien

Risiko for sykehusinnleggelse på grunn av covid-19 har vært lav blant gravide i Norden, men blant gravide som ble innlagt på grunn av covid-19 hadde 21% behov for intensivbehandling, og andelen preterm fødsel og keisersnitt var høyere enn i fødepopulasjonen i 2018 (1).

Studien inkluderte sykehusinnlagte gravide med en positiv SARS-CoV-2 PCR-test inntil 14 dager før innleggelse. Blant totalt 214 gravide ble 56 (26%) innlagt på grunn av covid-19. De øvrige var innlagt for fødsel eller av obstetriske årsaker. (Figur 1).

Det var lav risiko for innleggelse på grunn av covid-19 hos gravide i Danmark, Finland, Island og Norge, med 0,4 innleggelse per 1000 fødsler. Risikoen var 3,8 per 1000 fødsler i de tre svenske regionene som deltok, Stockholm, Skåne og Gøteborg.

Blant kvinnene som ble innlagt på grunn av covid-19 forekom fedme (kroppsmasseindeks 30 eller høyere) og migrantbakgrunn (kvinnen født utenfor Norden) hyppigere enn hos alle fødende i de samme landene i 2018.

Blant kvinnene som ble innlagt på grunn av covid-19 ble 12 (21%) av kvinnene overvåket i intensivavdeling. Fødsel før 37 ukers svangerskapsvarighet og forløsning med keisersnitt forekom hyppigere blant kvinner som var innlagt på grunn av covid-19 sammenlignet med alle fødsler i 2018. Det ble ikke registrert dødfødsler eller dødsfall hos nyfødte.

Tall fra Medisinsk Fødselsregister

I Norge har Medisinsk Fødselsregister kartlagt gravide med covid-19 som legges inn på sykehus. Foreløpige resultater ble nylig publisert sammen med institusjonsstatistikken for 2020. Blant 52 innlagte kvinner med positiv SARS-CoV-2 PCR-test i svangerskapet eller ved fødselen ble seks innlagt av obstetriske årsaker, 35 (67%) for fødsel og 11 (21%) ble innlagt på grunn av eller overvåket/behandlet for covid-19 (2). Risiko for innleggelse på grunn av covid-19 var 0,2 per 1000 fødsler.

Median gestasjonsalder ved første positive test var 35 uker blant både fødende og gravide innlagt på grunn av covid-19, og median gestasjonsalder ved fødsel var henholdsvis 39+6 og 39+2 uker. De fleste kvinnene fødte vaginalt, og keisersnitt hos gravide innlagt på grunn av covid-19 ble utført av andre obstetriske årsaker.

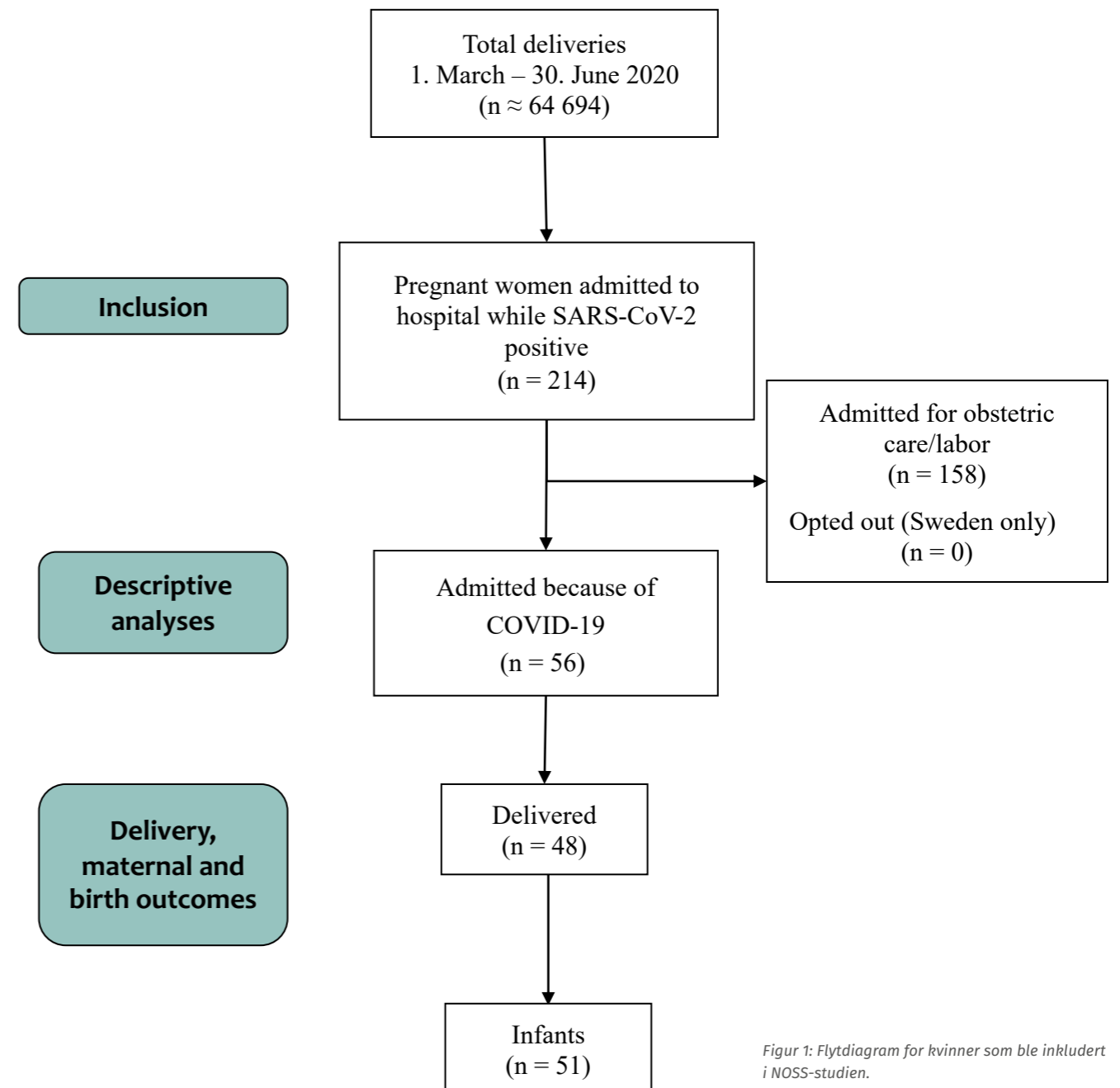
Det var til sammen 44 fødte barn. Det ble rapportert ett tilfelle av intrauterin fosterdød ved utgangen av 2020, der dødsårsak ikke er endelig fastslått. Ellers hadde alle nyfødte normal Apgar-score. Det ble ikke meldt om dødsfall, og ingen nyfødte hadde behov for overflytting til barneavdeling på grunn av covid-19.

Konklusjon

Risiko for innleggelse på grunn av covid-19 har vært lav blant gravide i Norge og i de nordiske landene med tilsvarende folkehelsestrategier. Direkte rapportering fra klinikerne om gravide som blir innlagt i sykehus har vært avgjørende for å kunne vurdere årsak til innleggelsen og skille mellom gravide med mild/asymptomatisk infeksjon som legges inn for fødsel/obstetriske behandling og gravide som har behov for overvåkning og behandling på grunn av covid-19.

Referanser:

- Engjom H, Aabakke AJ, Klungsoyr K, et al. COVID-19 in pregnancy - characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital because of SARS-CoV-2 infection in the Nordic countries. Acta Obstet Gynecol Scand 2021 doi: 10.1111/aogs.14160 [published Online First: 2021/04/23]
- Macsalii F, Engjom HM, Askeland, O, Stangenes, K, Klungsoyr, K, Jüliússon, P. Svangerskap og fødsel under koronaviruspandemien. Bergen: Medisinsk Fødselsregister, Folkehelseinstituttet, 2021.



Figur 1: Flyttdiagram for kvinner som ble inkludert i NOSS-studien.



Kjære alle LiS og FUGOister!



Hilde Sellevoll
FUGO-leder

Først og fremst vil jeg gratulere vår ærverdige fagmedisinske moderforening, Norsk gynekologisk forening, med 75 år! Som en ung spire i faget er det vanskelig å helt forstå og ta inn over seg historien og endringene som har skjedd i faget vårt gjennom alle disse årene. Jeg forsøker likevel, for historien forteller ofte mye om hvorfor og hvordan vi er kommet hit vi er i dag, både i faglige og etiske spørsmål.

Etter hvert som jeg har blitt bedre kjent med foreningen er jeg mer og mer stolt over å være del av et så spennende og engasjerende miljø der det diskuteres høylytt, alt fra etikk til kirurgisk teknikk og avansert fødselshjelp. For oss som ikke er ferdige spesialister ennå, er det gøy å bli inkludert og oppleve at vi også blir hørt og lyttet til gjennom FUGO. Jeg mener dette er essensielt, også for fagets utvikling, nettopp fordi det skjer endringer kontinuerlig og fordi vi i den yngre generasjonen kanskje ikke er så preget av historiens fargenyanser. Det å gi LiS en stemme i fagmiljøet er en tradisjon som jeg den siste tiden har sett kan

være mangelfull i de andre fagmedisinske foreningene. Faktisk er underforeningen FUGO den eldste av LiS-foreningene og ble stiftet allerede i 1998. Det er kun fire år siden det ble vedtatt at alle fagmedisinske foreninger skulle etablere fagutvalg av leger i spesialisering, såkalte Fuxx. Nå i april deltok jeg også på et første digitalt møte med de andre Fuxx-lederne. Jeg håper og tror at vi kan få til mer ved å samarbeide med de andre Fuxx-ene. Samtidig vil jeg gratulere NGF med å være forut og gi LiS et formelt talerorg gjennom FUGO!

Vi håper å kunne feire jubileet sammen ved årsmøtet i oktober i Tønsberg når koronapandemien forhåpentligvis er slått helt ned. Vi planlegger da også å arrangere FUGO-kurs slik som vi har gjort tidligere, i år med temaet «Adenomyose og endometriose». Følg med på Facebook-sidene våre for lenke til påmelding. Vi lover deg et spennende program med de nyeste oppdateringene innen diagnostisering og behandling. Dessverre er det tvilsomt om LiS i ny ordning får dekket utgiftene til reise og overnatting gjennom legeforsknings utdanningsfond. Vi i FUGO-styret er lei oss for at vi ikke har klart å finne en løsning på dette, men vi håper likevel at LiS ønsker og har mulighet til å komme på årets FUGO-kurs. Samtidig jobber vi videre i flere kanaler med å finne en avklaring på dette.

I mellomtiden ønsker jeg alle LiS en strålende sommer med late og deilige feriedager!

«Faktisk er underforeningen
FUGO den eldste av
LiS-foreningene og ble
stiftet allerede i 1998»

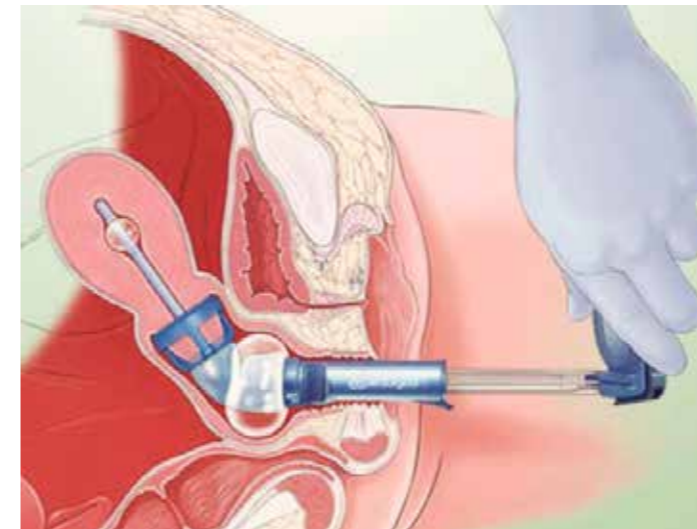


Jan Bye AS

MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi



RUMI® II SYSTEM

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

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



Elektroder til konisering



- Variert utvalg av elektroder i forskjellige fasonger og størrelser

- Cone elektrode
- Loop elektrode
- Kule elektrode

- Spesielt belegg på kule elektrode forhindrer adhesjon

Isolerte spekler og instrumenter til konisering

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



Gynekologiske instrumenter

- Alle typer gynekologiske instrumenter
- Tysk kvalitet med lang levetid



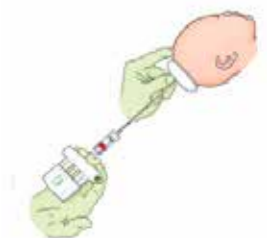
Kiwi vakuumbokk

For vaginal forløsning og keisersnitt



Complete Vacuum Delivery System
with PalmPump™

Kiwi OmniCup® with
Traction Force Indicator



For mer info og flere produkter, se vår hjemmeside www.janbye.no
Kontakt oss gjerne på e-post post@janbye.no eller telefon 64959377
Adresse Brevikbråteveien 9, 1555 Son



Jan Bye AS
MEDISINSK TEKNIKK

FUGO-kurs høsten 2021



Ann Cecilie Vaadal
Sekretær og kursansvarlig i FUGO-styre

De siste årene har det blitt en tradisjon at FUGO har avholdt kurs i forbindelse med årsmøtet til Norsk gynekologisk forening. Vi har fått gode tilbakemeldinger, og kurset har vært populært. I fjor måtte vi dessverre avlyse kurset på grunn av pandemien.

Såfremt forholdene tillater det planlegger vi å avholde årets FUGO-kurs i Tønsberg onsdag 27. oktober 2021. Vi har et svært godt program hvor temaet er adenomyose og endometriose, et tema de fleste av oss føler vi kan for lite om. Vi har vært så heldige å få tak i et knippe dyktige forelesere som skal ta oss gjennom alt fra diagnostikk, behandling, infertilitet og kronisk smerteproblematikk til pasientperspektivet. Dette blir et fyldig og spennende kurs for både nye og erfarne LIS! Mer informasjon om kurset og påmelding vil komme fortløpende på Legeforeningen sine nettsider, og vi holder dere oppdatert på FUGO sin Facebook-side.

Vel møtt til kurs, vi gleder oss til å se dere!



Tørr skjede

– fremdeles en vanskelig plage å snakke om

En stor internasjonal nettbasert spørreundersøkelse gjennomført på 3520 kvinner¹, viste at 1/3 av kvinner i klimakteriet synes det er vanskelig å prate med legen sin om vaginalt ubehag. I samme undersøkelse oppgav mer enn halvparten av kvinnene at legene heller ikke spurte om denne problemstillingen ved konsultasjon.

Remisoft® (*hamamelis virginiana*-vann)

– en hormonfri pleiende vaginalkrem til behandling av symptomer ved tørr skjede



Medisinsk utstyr klasse IIa

Den beskyttende fysiske barrieren bidrar til:

- ✓ Lindring og tilfører fukt
- ✓ Mykgjør og bevarer elastisitet
- ✓ Heling av småskader

✚ Fås på alle apotek

Remisoft® 50 g krem (med applikator). Reseptfri, pleiende vaginal fuktighetskrem uten hormoner. Medisinsk utstyr, klasse IIa. Til behandling av ubehag pga. tørrhet i skjede og ytre intinområder (følelse av tørrhet, brennende følelse, smerter ved samleie eller kløe). Påføres 1g/dag. Anbefales opphold i 2 dager etter 30 dagers bruk. Kun i samråd med lege ved uttalte sympt. eller ved en vaginal infeksjon. Det mangler data for bruk av Remisoft ved graviditet/ amming. Unngå bruk rett etter fødsel og ved allergi mot innholdsstoffer. Les bruksanvisningen før bruk.

Referanse: 1.R.E.Nappi & M.Kokot-Kierepa Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) Climacteric. 2012 15(1):36-44.

Sana Pharma Medical AS | Philip Pedersens vei 20, 1366 Lysaker | Tlf: 21 95 07 40 | E-post: post@sanapharma.no | www.sanapharma.no

1980-årene	1994	1995	1996	2005	2012	2019
Rolf Kirschner, Unni Kirste og Knut Urdal utarbeider en «Målbeskrivelse om spesialistutdanningen» i faget	Unni Kirste blir valgt inn som nordisk representant i European Executive Board under FIGO i Montreal	Spesialitetskomiteen reiser til Drammen for sitt første offisielle avdelingsbesøk	European Board & College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG) dannes	Legeforeningen innfører elektronisk årlig rapportering om spesialistutdanning, i form av SERUS-rapportene	HDir overtar ansvaret for godkjenning av nye spesialister	Ny spesialitetsutdanning for leger og bruk av kompetanseportalen iverksettes

Spesialitetskomiteens historie!

Etter mange års debatt ble det på "lægemøtet" i Kristiania i 1918 vedtatt å opprette 13 legespesialiteter med bestemte regler. Innhold og form har endret seg fullstendig i løpet av disse drøyt 100 årene. I denne jubileumsutgaven av Gynekologen har jeg fått gleden av å sette meg inn i historien til spesialitetskomiteen. I den forbindelse har jeg hatt lærerike, informative og ikke minst hyggelige samtaler med flere tidligere medlemmer av spes.kom. Tusen takk for all hjelp Rolf Kirschner, Unni Kirste og Jeanne Mette Goderstad. Skulle det være noe faktafeil er det på min kappe!



Christine Hancke

Leder av Spesialitetskomiteen

Interessen og inspirasjonen for en mer strukturert og lik utdanning av spesialister i Norge kom blant annet fra kollegaer som hadde fått sin spesialistutdanning i utlandet, særlig i Sverige. Utdanningskandidater her i Norge jobbet titt og ofte med svenske vikarer, og disse var til inspirasjon med tanke på mer strukturerte utdanningsløp. En av forskjellene var kurs. På den tiden hadde man i Norge kun to-dagers kurs, mens man i Sverige hadde en ukes emnekurs. På slutten av 80-tallet laget Rolf Kirschner, Unni Kirste og Knut Urdal en "målbeskrivelse om spesialistutdanningen".

Unni Kirste ble i 1994 valgt inn som nordisk representant i European Executive Board under FIGO i Montreal. Hun ble gjennom representantskapet kjent med Naren Patel, som satt i European College of Obstetrics and Gynecology (ECOG). Etter hvert ble Board og ECOG slått sammen til det som vi i dag kjenner som EBCOG. Målet var å lage en europeisk minstandard for utdanning av spesialister i obstetrik og gynekologi, noe som blant annet ledet til oppstart av et utvekslingsprogram der LIS i Europa kan dra på utveksling til andre europeiske land.

Samarbeidet med Patel og EBCOG førte til en mer organisert spesialistutdanning også her i Norge. Spesialitetskomiteen reiste til London for å få inspirasjon. Der var det lagt opp til et "visitasjonssystem" med akkreditering av avdelinger som var utdanningsinstitusjoner. Det var en besøksprotokoll som skulle følges, avdelingene hadde loggbøker på utdanningskandidatene og kandidatene måtte føre prosedyrelister.

Tilbake i Norge, inspirert av besøket, startet spesialitetskomiteen opp med å besøke avdelingene. Besøkene var formelle og høytidelige. Avdelingene var godt forberedt, og sykehusdirektøren dukket også opp noen steder for å ønske komiteen velkomne. Det første offisielle besøket i Norge var i 1995. Avdelingsoverlege Stray-Pedersen i Drammen tok utfordringen. Besøket ble ledet av Patel på engelsk. Avdelingen var godt forberedt og hadde snakket engelsk i en uke i forkant for å være beredt!

I 1996 på årsmøtet i Harstad holdt Patel foredrag om akkreditering av avdelinger. Målet til spesialitetskomiteen var å besøke alle avdelinger i landet i løpet av 4 år. De første som fikk besøk var sykehusene på Sørlandet og i Stavanger. Komiteen var imponert over hvor godt forberedt avdelingene var. I etterkant av hvert møte ble det laget en rapport som gav avdelingen tilbakemelding. Denne rapporten var et viktig verktøy for avdelingen mot sykehusledelsen, ved evt. behov for endring.

Etter hvert kom SERUS-rapportene. Spesialitetskomiteen satte seg møysommelig inn i disse og valgte besøkssykehus ut fra innholdet. Nå var besøksprotokoll, prosedyrelister, loggbøker og ukeslange emnekurs på plass. Alt dette var med på å øke kvaliteten på spesialistutdanningen.

I 2012 overtok HDir ansvaret for godkjenning av nye spesialister. Ny spesialistutdanning for leger ble i sin helhet iverksatt 01.03.19. En kompetanseportal sikrer nå digital dokumentasjon av læringsmål og oppfølging av LIS-legene, og gjør det mulig å følge med på helheten og kvaliteten i utdanningen. Spesialitetskomiteen har hatt mye jobb som rådgivende instans i dette arbeidet, men ikke alle våre råd ble fulgt. Størst diskusjon har det vært rundt sikring av prosedyrelister og krav til tjeneste ved større sykehus med mye volum.

Alle utdanningsinstitusjoner må nå godkjennes på nytt av HDir, da med spesialitetskomiteen som rådgivende aktør. Vi har brukt mye tid på å gå igjennom søknadene, og dette arbeidet er enda ikke avsluttet.

Rollen til spesialitetskomiteen videre har vi vært spent på. Heldigvis ser det ut til at vi skal beholde vår rolle som rådgivende instans. Vi skal også fortsette med sykehusbesøk, men uten SERUS-rapporter blir det noe mer tilfeldig enn tidligere.

Året med covid-19 har krevd mye av mange. Kursvirksomhet ble stoppet på dagen, men det tok ikke lang tid før kreative kursledere besluttet å avholde digitale kurs. Det er vi glade for! Vil digitale løsninger også være en stor del av kurshverdagen fremover, selv om det blir lov å møtes? Dette er vi også spente på. Digitale kurs har flere fordeler, men kontaktene som skapes gjennom å møtes fysisk må ikke glemmes!

God sommer alle sammen!

Lynparza
olaparib

NY INDIKASJON

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

Beslutning fra Beslutningsforum avventes for denne indikasjonen

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

VIKTIG INFORMASJON:

Behandling med Lynparza bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i bruk av legemidler til kreftbehandling. Før oppstart av Lynparza ved førstelinjebehandling er det krav til påvisning av skadelig eller mistenkt skadelige mutasjoner inkludert BRCA1/2 ved validert test. Anbefalt dose av olaparib tabletter, enten som monoterapi eller i kombinasjon med bevacizumab: 300 mg (2 tabletter à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose på 600 mg). Tabletter med styrken 100 mg er tilgjengelig for dosereduksjon. Se preparatomtalen for olaparib for til for oppstart og behandlingsvarighet ved behandling av ovarialkreft. Se preparatomtale for bevacizumab for dosering og behandlingsvarighet av bevacizumab ved kombinasjonsbehandling. Lynparza tabletter skal ikke erstattes med Lynparza kapsler på en milligram-til-milligrambasis på grunn av forskjeller i dosering og biotilgjengelighet mellom formuleringene. **Behandlingsvarighet ved førstelinje vedlikeholdsbehandling av BRCA-mutert avansert ovarialkreft:** Pasienten kan fortsette behandlingen inntil radiologisk sykdomsprogresjon, uakseptabel toksisitet eller i inntil 2 år dersom det ikke foreligger radiologiske tegn på sykdom etter 2 års behandling. Pasienter med påvist sykdom etter 2 år, som etter behandlende leges mening kan dra nytte av videre behandles kan behandles i mer enn to år. **Behandlingsvarighet ved vedlikeholdsbehandling av platinasensitiv tilbakevendende ovarialkreft:** For pasienter med platinasensitiv tilbakevendende (PSR) høygradig ovarialkreft, egglederkreft eller primær peritonealkreft er det anbefalt at behandlingen fortsetter til progresjon av underliggende sykdom, eller til uakseptabel toksisitet oppstår. **Behandlingsvarighet ved førstelinje vedlikeholdsbehandling av HRD-positiv avansert ovarialkreft i kombinasjon med bevacizumab:** Pasienten kan fortsette behandlingen inntil radiologisk sykdomsprogresjon, uakseptabel toksisitet eller i inntil 2 år dersom det ikke foreligger radiologiske tegn på sykdom etter 2 års behandling. Pasienter med påvist sykdom etter 2 år, som etter behandlende leges mening kan dra nytte av videre behandles kan behandles i mer enn to år. Se preparatomtalen til bevacizumab for den anbefalte totale behandlingsvarigheten på maks. 15 måneder, inkl. periodene der bevacizumab brukes i kombinasjon med kjemoterapi og som vedlikeholdsbehandling.

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

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

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

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

Pakninger og priser: Kapsler: 4 × 112 stk.1 (plastflasker) kr 55781,00. **Tabletter: 100 mg:** 56 stk.1 (blister) kr 27754,60. **150 mg:** 56 stk.1 (blister) kr 27754,60. **Refusjon: 1 H-resept: L01X X46_14 Olaparib Refusjonsberettiget bruk:** Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe.

Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Se godkjent preparatomtale eller FK-tekst for mer informasjon om Lynparza.

1. Lynparza SPC 03.11.2020
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/lynparza-epar-product-information_en.pdf

AstraZeneca

AstraZeneca AS
Fredrik Selmers vei 6
Box 6050 Etterstad, 0601 Oslo
21 00 64 00
www.astrazeneca.no

Keisersnittets (distrikts-)debut

Det er usikkert hvor og når det første suksessfulle keisersnittet med overlevelse hos både mor og barn fant sted. Litterære kilder oppgir gjerne første dokumentert vellykkede keisersnitt i hvert land, og bl. a. Nederland var tidlig ute i 1792 (1). Enkelte hevder at mor og barn skal ha overlevd et sectio i Praha helt tilbake i 1337 (2), mens den første moren som overlevde i Norge ble forløst så sent som i 1890 (3).

Den opprinnelige indikasjonen for keisersnitt var spesiell i forhistoriens obstetrik, fordi målet var å redde et levedyktig foster fra en død eller døende mor (4). Dette står i kontrast til f. eks. *kranioklastens* bruksområde, en fryktet jerntang som krevde at fosterkraniet ble knust før forløsning, som ble hentet frem for å redde mor når alt håp for barnet var ute (5, 6, 7).

I Norge ble de ti første keisersnittene utført i tidsrommet 1843-1863. Disse resulterte i ti materielle dødsfall med kun fire levendefødte barn (7). Fem av ti inngrep var utført av distriktsleger og kun ett av ti fant sted på en fødselstiftelse. Trangt bekken dominerte som indikasjon. Tre av fostrene var *perforert* eller påbegynt *embryotomi* for inngrepet. Man kan også heve øyebrynene av anmerkningen om den 25-årige annengangs fødende som fikk utført sectio av en distriktslege i Gudbrandsdalen på grunn av sammenvoksninger etter forrige fødsel, og deretter døde hele 26 dager post partum *nærmest som følge av Liggesaar paa Nates*.

Tabellen under er gjengitt i festskriftet *Midt i livet* fra NGFs 50-årsjubileum og gjengis med tillatelse fra bokens forfatter. Den minner om at fødselshjelp alltid vil være et fag som utspiller seg både i distriktet og via de ledende universitetsklinikkene, så lenge verken menneskets fysiologi eller Norges land endrer sin natur i vesentlig grad!

1. Van Dongen, Pieter WJ. "Caesarean section—etymology and early history." *South african journal of obstetrics and gynaecology* 15.2 (2009).
2. Pařízek A, Drška V, Říhová M. Prague 1337, the first successful caesarean section in which both mother and child survived may have occurred in the court of John of Luxembourg, King of Bohemia. *Ceska Gynekol.* 2016 Summer;81(4):321-330. English. PMID: 27882755.
3. Hem E, Bør Dahl PE. Det første keisersnitt i Norge [The first cesarean section in Norway]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1998 Dec 10;118(30):4648-53. Norwegian. PMID: 9914746.
4. Todman, Donald. "A history of caesarean section: from ancient world to the modern era." *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 47.5 (2007): 357-361.
5. Östergötlands museum. Digitalt museum. <https://digitaltmuseum.se/021028411739/kranioklast> (lesedato 10.05.2021).
6. Museum of Health Care at Kingston. Digitalt museum. <https://artefact.museumofhealthcare.ca/?p=610> (lesedato 10.05.2021).
7. Bør Dahl PE, Moen MH, Jerve F. (1996). *Midt i livet*. Tapir forlag.

Naar	Af hvem	Hvor	Konens Alder og Anamnese	Indication	Konens Skjæbne efter Forløsningen	Lev.	Død-fødte	Anmærkning
1843	L.T. Backer, Cand.med.	Laurdal	27 aarig Førstefødende	Conjugata vera 2 1/2-3"	Død 60 Timer efter Forløsningen		2	Tvillingfødsel. Det første Fosters Hoved var perforeret for Keisersnittets Udførelse
1847	O.N.S. Walter Distriktslæge	Vos	32 aarig Førstefødende	Conjug v. 2 1/4" Diam transv. i Apert. inf. 3" Afstanden mellem Spinæ Ilei 12"	Død 4 Dage efter Forløsningen		1	Fosteret bød sig i Tverleie og Embryotomi var begyndt.
1849	A.M. Söeberg Distriktslæge	Aalesund	38 1/2 aarig 2den Gang Svanger. Første Gang forløst ved Perforation.	Bækkenets mindste Diameter 2"	Død 58 Timer efter Forløsningen		1	
1850	T.T. Bryn Exam.med.	Ved Kongsberg	32 aarig Førstefødende	Conjug.v. 2 1/2-3"	Død 4-5 Timer efter Forløsningen		1	Fosteret i forveien perforeret. Placenta lodes tilbage i Uterus og Konen døde af Hæmorrhagi.
1852	F.C. Faye Professor	Christiania Fødselstiftelse	40 aarig Førstefødende	To fibrøse stilkede subperitoneale Tumores Uteri nedstegne i Bækkenhulheden. Mindste Vidde 1 1/2-2"	Død 30 Timer efter Forløsningen	1		
1854	L.A. Baumann Distriktslæge	Oier i Gulbrandsdalen	26 aarig 2den Gang Svanger. 1ste Gang naturlig Fødsel	Cartilaginos Sammenvoxning af de bløde Dele, opstaaet efter den foregaende Fødsel.	Død 26 Dage efter Forløsningen		1	Konen var oppe den 15 Dag efter Operationen og døde nærmest som følge af Liggesaar paa Nates.
1858	D.M. Bull Sygehuslæge	Bergens comunale Sygehus	32 aarig. 2den Gang Svanger. Første Gang forløst ved Perforation.	Conj.v. 2" 10". Transv. i Apert.sup. 4"	Død 5 Dage efter Forløsningen	1		
1860	H. Frisak Distriktslæge	Ved Grimstad	5te Gang Svanger. 4 foregaende Forløsninger uden Kunsthjælp	Lipomatøs Svulst mellem Skeden og Rectum. Mindste Vidde 1 1/2"	Død 40 Timer efter Forløsningen		1	
1861	L.F. Lossius Distriktslæge	Ytre Søndhordlands Lægedistrikt	35 aarig Førstefødende	Conjug.vera 2 1/2"	Død faa Timer efter Forløsningen	1		
1863	J.L. Walløe Cand.med.	Grue	28 aarig Førstefødende	Conjug.diagon. 3"	Død 6 Timer efter Forløsningen	1		

1 Faye FC, Schonberg E. Statistiske Undersøgelser angaaende den operative Fødselshjælp i Norge i Tidsrummet fra 1853 til 1886. Christiania: Carl C. Werner & Co. 1866, 63 s.

MyoSure®
Tissue Removal Simplified

A complete tissue removal solution

For intrauterine procedures

The MyoSure® Tissue Removal collection

FIBROID ≤ 5 cm and ALL POLYPS

MyoSure®
XL
device

FIBROID ≤ 3 cm and ALL POLYPS

MyoSure®
REACH
device

DIRECTED BIOPSY and POLYPS ≤ 3 cm

MyoSure®
LITE
device

DIRECTED BIOPSY and POLYPS < 1 cm

MyoSure®
MANUAL
device

DOES NOT REQUIRE:
Controller
Fluid management automated system
External vacuum source



For all your intrauterine pathology tissue removal needs

D&C / ENDOMETRIAL POLYP / SUBMUCOUS MYOMA / ADHESIOLYSIS
UTERINE SEPTUM REMOVAL / RPOC / DIRECTED BIOPSY

NovaSure®
Endometrial Ablation



NOVASURE
Over
3 MILLION
PROCEDURES

PROVEN OUTCOMES
IN OVER 80 PEER REVIEWED PUBLICATIONS

97%
Patient satisfaction¹

62%
Amenorrhea rate at 5 years²

87%
Patients avoided hysterectomy at 10 years³

- ✓ PROVEN Technology⁴
- ✓ PROVEN Clinical efficacy⁴
- ✓ PROVEN Safety profile⁴

References: 1. Baskett TF, Clough H, Scott TA. NovaSure bipolar radiofrequency endometrial ablation: report of 200 cases. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*. 2005;27(5):473-476. 2. Smith PP, Mallick S, Clark JT. Bipolar Radiofrequency Compared With Thermal Balloon Ablation in the Office A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2014;0:1-7. 3. Herman M, Penninx J, Mol B, Bongers M. Ten-year follow-up of a randomised controlled trial comparing bipolar endometrial ablation with balloon ablation for heavy menstrual bleeding. *BJOG* 2013;120:966-970. 4. Gimpleon RJ. Ten-year literature review of global endometrial ablation with the NovaSure® device. *International Journal of Women's Health* 2014;6:269-280.

normedi
NORDIC

e-post: support@normedi.com
www.normedi.com

Gynekologen anbefaler litteratur med (varierende grad av) faglig relevans

Denne gangen:

“Midt i livet” - 50 år med rivende utvikling

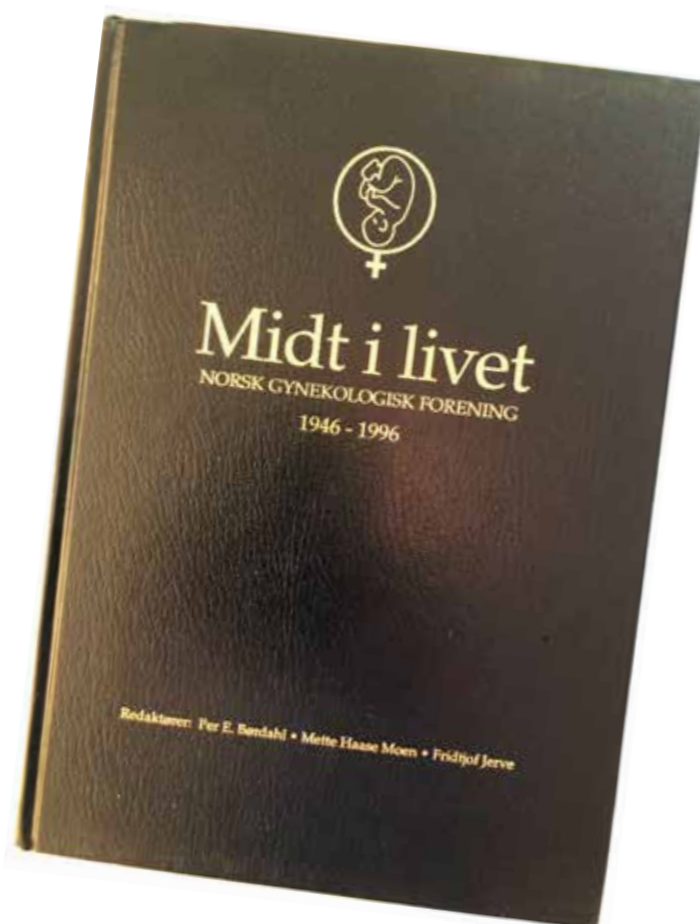
“Historia – vita memoria, magistra vitae”
Cicero (106-43 f.Kr.)

«Midt i livet» (1) ble skrevet i forbindelse med Norsk gynekologisk forenings 50-årsjubileum. Den gir et glimrende innblikk i foreningens og fagets historie gjennom de første 50 årene etter at NGF ble dannet i 1946. Vi kan lese om etableringen av opplæring i *Fødselsvitenskap samt Fruentimmer- og Børnesykdomme* i Kristiania og opprettelsen av de første fødselsstiftelser i Norge på 1800-tallet. Videre går historien gjennom fagets og foreningens stadig akselererende utvikling i moderne tider.

Boken er delt i tre avsnitt: *Foreningen og faget, Hovedtrekk i fagets nyere utvikling og En arbeidsplass*. Den er en artikkelsamling, og blant forfatterne er pionerer som Per Børdahl, Sturla Eik-Nes, Kåre Molne, Mette Haase Moen, Anton Langebrekke, Claes Trope, Babill Stray-Pedersen, Berit Schei og Unni Kirste. Dette gir en unik mulighet til å lære direkte fra de som utviklet nye fagfelt og innført nye diagnostiske metoder og behandlingsmetoder.

I boken er også originale artikler av Christian Kielland, Jørgen Løvet og Per Kolstad gjengitt. De tre norske klassikerne har bidratt til internasjonal fagutvikling og satt norsk obstetikk og gynekologi på verdenskartet.

Helt fra starten av har NGF vært engasjert i utforming av spesialistutdanning og svangerskapsomsorg, opprettelsen av gynekologiske avdelinger, nordisk samarbeid, innføring av ultralydscreening, etablering og utvikling av moderne fertilitetsbehandling og endoskopisk kirurgi, samt kvalitetssikringsarbeid. Assistert befruktning, ultralydteknologi, laparoskopisk kirurgi, gynekologisk endokrinologi, perinatal medisin, CTG- og STAN-overvåking, rhesusprofylakse, prevensjon, selvbestemt abort, cytologiscreening og stråle-/og cytostatikabehandling forandret faget radikalt i den perioden. Alt dette og mye mer omtales detaljert i boken.



Da jeg ble ferdig spesialist i 1999 fikk jeg denne boken som en velkomstgave fra Mette Moen. Jeg mener at yngre kollegaer som kommer inn i faget kan få både stor nytte og glede av den. Kunnskap om fagets utvikling gir mer forståelse av dagens muligheter og kan vise veien videre. Det kan kanskje være en idé å legge ut en digital kopi av boken på NGFs hjemmeside?

1. Per Børdahl, Mette Haase Moen, Fridtjof Jerve (red) Midt i livet – Festskrift til Norsk gynekologisk forening 1946-1996. Tapir forlag, Trondheim 1996. ISBN 82-519-1393-4

Ny behandling av eggstokkreft

Zejula
niraparib

Peroral dosering,
én gang daglig

Indikasjoner:

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

Zejula er den eneste PARP-hemmeren som er indisert i behandling av platinumsensitive pasienter med eggstokkreft - både i første- og andrelinjebehandling - uavhengig av biomarkørstatus.^{1,2}

Zejula er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved andrelinjebehandling av BRCA-negative pasienter.³ Zejula er den eneste PARP-hemmeren som har vist effekt hos denne pasientgruppen i en randomisert fase III-studie.^{4,5,6}

Dosering: Behandling bør igangsettes og overvåkes av lege med erfaring med kreftlegemidler. Anbefalt dosering ved førstelinjebehandling er en startdose på 2 kapsler à 100 mg 1 gang daglig, tilsv. en total døgndose på 200 mg. For pasienter ≥ 77 kg og med trombocyttdier ved baseline ≥ 150 000/ μ l, er anbefalt startdose 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For andrelinjebehandling, er startdosen 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. Dosereduksjon er anbefalt ved tilbakevendende bivirkninger. Den vanligste vedlikeholdsdosen ved andrelinjebehandling er 200 mg.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

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

Se preparatomtalen før forskrivning av Zejula. Bivirkninger må rapporteres. Kontakt GSK på telefon 22 70 20 00.

Pakninger og priser: Maksimalpriser: 56 stk.1 (blister) kr 71703,20. 84 stk.1 (blister) kr 107536,70. Rabattert pris er gjeldende i Norge. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. 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. Zejula tilhører reseptgruppe C.

Referanser: 1. Zejula SPC avsnitt 4.1 (SPC godkjent 27.10.2020) 2. Lynparza SPC avsnitt 4.1 (SPC godkjent 24.09.2020) 3. Beslutning i Beslutningsforum 25.05.2020 4. Zejula SPC avsnitt 5.1. (SPC godkjent 27.10.2020) 5. Lynparza SPC avsnitt 5.1 (SPC godkjent 24.09.2020) 6. Mirza MR, Monk BJ, Herrstedt J, et al. Niraparib maintenance therapy in platinum-sensitive, recurrent ovarian cancer. N Engl J Med. 2016;375(22):2154-64.

PM-NO-NRP-ADVT-200001, mai 2021

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



Gynekologen anbefaler litteratur med (varierende grad av) faglig relevans

Denne gangen:

Ny nettbasert lærebok i Gynekologi og Obstetrikk

The Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG) har tatt initiativ til å lage en felles nettbasert lærebok for de nordiske landene. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med de ulike nasjonale fagforeningene innen obstetrikk og gynekologi og er svært omfattende, da det selv innad i Norge er ulike prosedyrer på tvers av helseforetak. Læreboken er skrevet på engelsk og rettet mot medisinstudenter. I dag er 46 av de 52 planlagte kapitlene tilgjengelig. Denne anmeldelsen baserer seg på de til nå publiserte kapitlene.



Ingvil Øvstebø

Medisinstudent 9. semester ved Universitet i Bergen



Katja Barlinn Kjelstad

Medisinstudent 9. semester ved Universitet i Bergen

Etter å ha brukt læreboken i ett semester har vi valgt ut to kapitler til sammenligning, ett godt kapittel og ett kapittel som vi mener bør forbedres. Kapitlet om gynekologisk kreft er et stort tema, som er presentert på en god og oversiktlig måte. Det er inndelt i fem nettsider hvor alle er koblet sammen. Kapitlet er brukervennlig, med hurtiglenker mellom de ulike kreftformene. Det er bygget opp godt slik at man kan lese kapitlet fra A til Å, men også bruke det som oppslagsverk. Innholdet vekker interesse for faget og svarer på spørsmål man sitter med innenfor temaet. Kapitlet om PCOS har derimot flere mangler. Sammenlignet med kapitlet om kreft er oppbygningen ustrukturert, innholdsfortegnelsen er ikke særlig brukervennlig, og etter å ha lest kapitlet er vi fristet til å google temaet for å bruke en annen nettside. Kapitlet gir inntrykk av å være et såkalt *work in progress*. Det som skiller et godt kapittel fra et mindre bra er en god innholdsfortegnelse, inndeling i patofysiologi, symptomer og behandling, samt mangel på utnyttelse av de tilgjengelige digitale verktøyene.

For å gjøre læreboken mer brukervennlig, vil vi anbefale at det implementeres en søkefunksjon tilknyttet læreboken. Dette mener vi vil gjøre boken mer attraktiv for medisinstudenter. Det hender ofte at medisinstudenter søker opp ord eller diagnoser i forelesning. For å holde tråden i forelesningen er de avhengig av å få et raskt svar. Her er søkemotoren google god på tilgjengelighet, men dårlig på kildekritikk. Vi tror en nettbasert lærebok, med trygge kilder, som er rask å slå opp i er gullstandarden.

En god lærebok er faglig, har et tydelig oppsett og et godt språk, samt vekker interesse for faget. *NFOG textbook for medical students* gjør dette i stor grad. Det er imponerende at NFOG har samlet de nordiske landene for å lage en felles gratis lærebok. Vi spesielt fornøyd med at boken er nettbasert. Dette er et positivt bidrag i en studenthverdag hvor majoriteten først og fremst tilegner seg kunnskap via digitale hjelpemidler. Vi ser frem til å følge med på hvordan læreboken utvikler seg videre.

Referanser:

Legeforeningen. NFOG e-textbook. Jone Trovik. [oppdatert 22.09.2020; hentet 04.05.2021] <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/aktuelt/2020/nfog-textbook/>

Sundhed.dk. Obstetrics and Gynecology. Nordic federation of societies of obstetrics and gynecology. [hentet 04.05.2021] <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/opslag-og-vaerktoejer/laereboeger/obstetrics-gynecology/>



Inkontinens?

Vi kan bekkenbunnstrening

Finn fysioterapeut med spesialkompetanse på quintet.no



NeuroTrac MyoPlus Pro Kombinert EMG biofeedbackapparat og elektrostimulator.

Efemia urinstopper for kvinner med stressinkontinens.

- ✓ Enkel
- ✓ Effektiv
- ✓ Gjenbrukbar

På blåresept - \$5.1



QUINTET

quintet.no - 55 98 15 55 - post@quintet.no

Vi har en landsdekkende oversikt over fysioterapeuter som har kompetanse på kvinnehelse og elektrostimulering / biofeedback. Vi leverer kvalitetsprodukter til alle norske helseforetak!

SAMSUNG

Ultrasound for Women's Health

Commitment to Life-Long Healthcare for Women

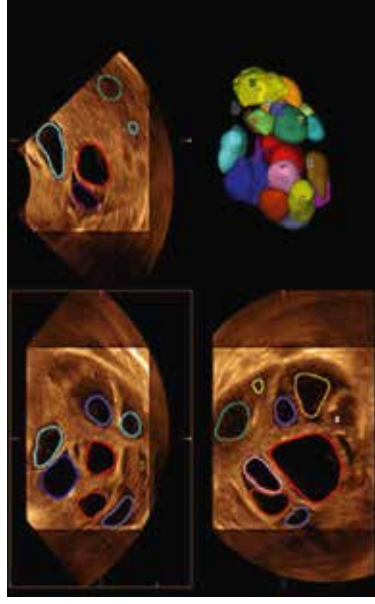


Samsung har mange integrerte applikasjoner i sine ultralydapparater, som:

IOTA-ADNEX



5D Follicle



SAMSUNG

INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG MEDISON

Inter-Medical AS
Grini Næringspark 3 • 1361 Østerås
Tlf: 61146300 • Mobil: 40 61 79 40