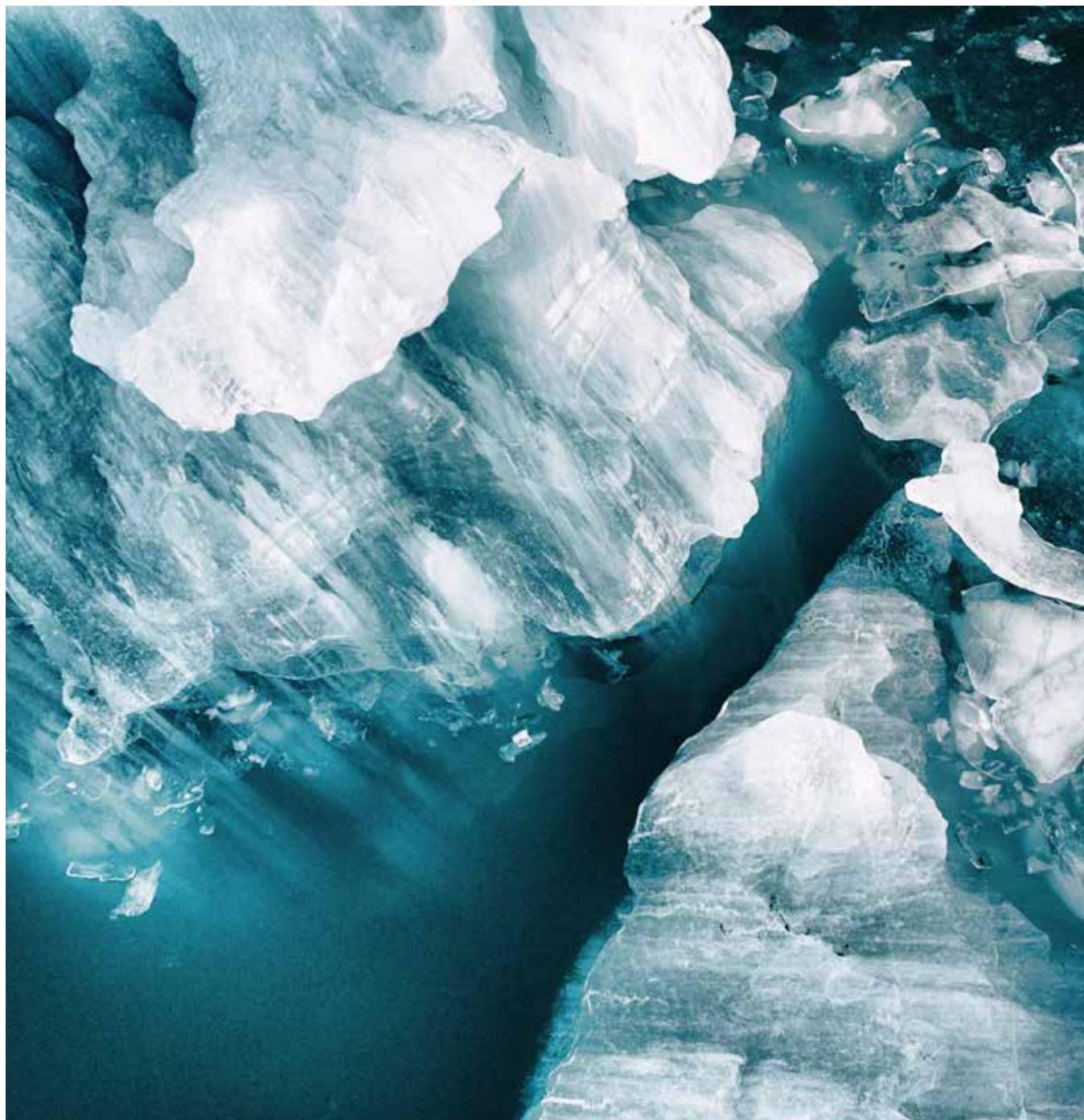


Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

4 • 2021



CRISPR – Hva er det? s. 14

Kasuistikk: Ektopisk graviditet i keisersnittarr s. 16

Intervju med påtroppende NGF-leder Ragnar Sande s. 30

Årsmøtet 2021 s. 44



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



Intrarosa®

Prasteron 6,5 mg (DHEA)
vagitorie



Et lite vagitorie med dobbel effekt

Hovedsakelig
ANDROGENE
effekter

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

KOMPLETTERENDE
effekter av østrogener
og androgener

- Påvirker epitelet, lamina propria og muscularis
- Vaginal gjenomblødning

Hovedsakelig
ØSTROGENE
effekter

- Vaginal pH



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

Intrarosa «Endoceutics»

ATC-nr.: G03XX01

VAGITORIE, 6,5 mg: Hver vagitorie inneholder 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. Kjent/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). Kjent trombofili/sykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel, antitrombinmangel). Aktiv/nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt), Porfyri.

Forsiktighetsregler: Bør bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. Nytte/risiko bør vurderes grundig minst hver 6. måned. Før behandling bør det 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 blodtryksmåling, 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-progesteronkombinasjon eller androgenbehandling) eller vaginale østrogener har ikke blitt undersøkt og er derfor ikke anbefalt.

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

Bivirkninger: Vanlige (≥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-/uteruspolypper, 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 østrogener og androgener. Effekt på vulvovaginal atrofi via aktivering av vaginale østrogen- og androgenreseptorer. Østrogenmediert økning i antall overflate- og intermediære celler og redusert antall parabasale celler i vaginalslimhinnen. Vaginal pH faller mot normalområdet, noe som bidrar til vekst av normal bakterieflora.

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

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

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

Basert på SPC sist endret 12/2019

AVIA PHARMA

Svärdvägen 3B, S-182 33 Danderyd, Sweden
www.aviapharma.se



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
marianne.madsen@cox.no

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2022

Nr. 1 10/2

Nr. 2 10/5

Nr. 3 9/9

Nr. 4 4/11

Opplag: 1400



INNHOOLD

REDAKTØR 5

LEDER 7

NGF-STYRET

Nytt fra NGF-styret 8

Styret i Norsk gynekologisk forening 8

FUGO

Kjære alle LiS og FUGOister! 10

Referat generalforsamling FUGO 11

SPECIALITETSKOMITÉEN 12

FAGLIG PÅFYLL

CRISPR – Hva er det? 14

Kasustikk: Ektopisk graviditet i keisersnittarr 16

Fyrrig forskningsdag på Haukeland! 18

GYNEKOLOGER IMELLOM

Ny KUPP-kampanje om menopausal hormonterapi (MHT) 28

INTERVJU

Ragnar Sande 30

NORGE RUNDT

Førde Sentralsjukehus 34

PhD

David Forsse 38

REISER, KURS OG KAMPANJER

ENTOG Exchange 2021 40

ÅRSMØTET 2021

Årsmøte i NGF 2021 44

Norsk gynekologisk forenings Hederspris 52

Forbildeprisen 53

Årets utdanningsavdeling 54

Beste foredrag Gynekologi 56

Beste foredrag Obstetikk 57

ACTA-prisen for beste poster 58

Publikumspris for beste poster 60

Generalforsamling 2021 62

GYNEKOLOGEN MEMORERER

Fødselen av fødselstiftelsene 66

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.



- ✓ FRI FOR HORMONER
- ✓ EFFEKTIVITET PÅ OVER 99%
- ✓ EFFEKTIV I OP TIL 5 ÅR

Ballerine perlespiral

- Et nytt prevensjonsmiddel

Ballerine perlespiral er en ny kobberspiral. Ballerine er over 99% effektiv mot uønsket graviditet og kan sitte i opptil fem år¹. Når Ballerine er plassert i livmoren, utskiller den en liten mengde kobber til livmoren, noe som gir en effektiv beskyttelse mot graviditet.

Forskjellen mellom Ballerine og tradisjonelle T-formede er at Ballerine er formet som en tredimensjonal og fleksibel liten kule som kan tilpasse seg formen på livmoren. Dette gjør at bivirkninger som smerter, blødninger og perforasjoner minsker sammenlignet med T-formede kobberspiraler².

IUB™
Ballerine
15 mm diameter



T-formad
28-32 mm bred



30-36 mm lång

Utdanning – sammen eller digitalt

For å kunne sette inn Ballerine kreves det at vi har forberedt og instruert deg grundig, da metoden skiller seg fra den klassiske T-spiralen. Varigheten er ca. 1 time.

Vi tilbyr vi to alternativer:

1. Vi kommer til deg og instruerer deg på din egen klinikk.
2. Vi utfører instruksjonen digitalt.

Bestill et møte: sales@solann.se



ballerine.no

1. Baram, I., Aharon, A., Klein, R. & Shkolnik, K. (2020). Real-world experience with the IUB Ballerine MIDI copper IUD: an observational, single-centre study in Israel. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 25:1, 49-5.
2. Ongoing vigilance reporting for IUB™ Ballerine, OCON Medical Ltd.



20-tallets femihelseinnovasjon

23. oktober skrev Anita Krohn Traaseth om næringslivs-begrepet *Femtech* i Aftenposten LØRDAG. FemTech handler om kvinners helserelaterte behov og hvordan disse kan løses med teknologibaserte produkter og tjenester. Begrepet er ett av topp fem fokusområder innenfor det store feltet «digital helse». Det er anslått at markedet utgjør rundt 36 milliarder bare innen fertilitet. Teknologien omhandler imidlertid alt fra undersøkelse av livmorhalskreft ved kunstig intelligens til forbedring av kvinners livsstil i overgangsalderen under kategorien *Menotech*.

Traaseth ønsker FemTech velkommen dersom fenomenet kan bidra til å løfte kvinners helsetilstand. I så fall håper hun Norge melder seg på. Hun bemerker at skepsis er naturlig, samtidig som vi ikke kan undergrave at slike teknologibølger bidrar med innovasjon som i fremtiden kan bli en selvfølge, også innen kvinnehelse.

Femtech setter et fremmed ord på at kvinnehelse for alvor har blitt global business. For gynekologiske pasienter mistenker jeg at dette vil føre til enda større bevissthet rundt egen (kvinne)helse og

behandling i fremtiden. Situasjonen er foreløpig spesiell i gynekologien, da det er vanskelig å se for seg at analoger som GastroTech, OrtoTech eller UroTech vil slå an med det første. Jeg tror de fleste appendicitt- og radiusfrakturpasienter vil fortsette å vente pent i akuttmottaket i noen år til, uten å sette det største spørsmålstegnet til kirurgens operasjonsindikasjon. Mitt inntrykk er at den gynekologiske pasienten på sin side blir stadig mer informert om egen helse, og dermed involvert i egne helsebeslutninger.

Faglig tradisjon kan fort havne i skvis med 2020-tallets femihelseinnovasjon. En aktiv forening, med tydelige veiledere og gode arenaer for diskusjon, kan være nyttig for hindre et usunt forhold mellom «oss» og «dem» i møte med moderne private aktører. Dersom fagmiljøet ser grunn til skepsis, bør man samtidig komme med tydelige anbefalinger – eller motanbefalinger. Utfordringen blir å plukke ut de digitale verktøyene som effektivt hjelper pasienten til god helse, og som vi kan dra nytte av i behandling. Kanskje er det flere enn vi tror?

Tale Meinich

Slinda®

DROSPIRENON 4 mg



Slinda® er en ny type gestagenpille med drospirenon (4 mg)¹

Prevensjon, med pearl-indeks 0,73^{1*}

Doseres 24+4 for en planlagt bortfallsblødning^{1**}

Opprettholder hemming av eggøsning, også ved forsinket inntak i opptil 24 timer^{1***}

Dokumentert tolerabilitet og aksept - også hos unge^{1****}

Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

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

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

Bivirkninger: Hyppigste er akne, metroragi, hodepine og brystmerter. Andre vanlige bivirkninger er libidoforstyrrelser, humørsvingninger, kvalme, magesmerter, vaginal blødning, dysmenoré, uregelmessig menstruasjon og vektøkning. Hypertensjon og depresjon er rapportert.

Slinda® (drospirenon 4 mg). **Indikasjoner:** Prevensjon. **Dosering:** 1 tablett daglig i 28 sammenhengende dager (24 aktive + 4 inaktive). 1 tablett tas på 1. menstruasjonsdag. Det skal ikke være pause i tablettinntak. For mer informasjon om oppstart av behandling, se SPC. **Pakninger og priser (AUP):** 84 (3x28) stk. (kalenderpakn.): kr 353,40. **Reseptgruppe:** C. For mer informasjon om dosering, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler og bivirkninger, se Slinda SPC 18.03.2020. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Exeltis Healthcare S.L. **Representant:** Exeltis Sverige AB, Strandvägen 7A, 114 56 Stockholm, Sverige.

Referanse:

1. Slinda preparatomtale 18.03.2020.

* Kvinner 18–45 år, brukerfeil + metodesvikt (øvre grense for 95 % konfidensintervall 1,43)

** Blødning som starter i løpet av de 4 hormonfrie dagene og som varer i opptil 8 etterfølgende dager

*** I en fase II-studie med 130 kvinner ble egglosningshemmingen opprettholdt med Slinda til tross for fire planlagte forsinkede (24 timer) inntak på dag 3, 6, 11 og 22.

**** Fase III-studie i Europa: Evaluering av tolerabilitet, sikkerhet og akseptabilitet av Slinda, 103 ungdommer deltok, varighet var 13 sykluser.

Sikkerhet og effekt forventes å være lik hos postpubertal ungdom under 18 år og brukere som er over 18 år. Bruk av dette legemidlet før menarke er ikke indisert.

NO-SU-1021-001



Kjære venner og kolleger!

Takk for et overveldende oppmøte på årsmøtet – både fra medlemmer og industri! Jeg opplevde stor entusiasme, glede over å møtes og spennende innlegg og diskusjoner. Vi i styret synes årsmøtet var vellykket, ikke minst takket være stor innsats fra den lokale komiteen i Tønsberg og godt arbeid fra CiC. Vi håper og tror at alle som deltok også var fornøyde. Gratulerer igjen til alle prisvinnere. Det var stor konkurranse om både hederspriser, utdanningspriser og priser for de vitenskapelige arbeidene.

Det var spenning knyttet til resultatet fra spørreundersøkelsen blant medlemmene om abort, som ble presentert på generalforsamlingen. Nesten halvparten av de registrerte medlemmene i foreningen hadde svart på spørreskjemaet. Svarene viste at foreningens medlemmer ikke har noen felles holdning til spørsmålet om grenser for selvbestemt abort. Omtrent halvparten mente at grensen for selvbestemt abort bør utvides. Noen få ønsket mere restriktiv grense, mens resten ønsket å bevare grensen som finnes i dag.

På generalforsamlingen ble det også fremmet forslag om å teste ut et guidelinemøte som ledd i revideringen av veilederne, noe som fikk stor tilslutning. Ideen til slike guidelinemøter kommer fra Danmark, der man har god erfaring med dette gjennom mange år.

Det kan være nyttig å hente inspirasjon fra våre naboland. Denne uken var jeg på styremøte i NFOG, der lederne for de nordiske foreningene samles. Selv om det er ulikheter mellom landene, er det meste ganske likt, og vi har ofte likt syn på faglige problemstillinger. Jeg mener at det er viktig at vi fortsetter å ha denne kontakten mellom de nordiske landene, og jeg synes

vi skal forsterke samarbeidet. Vi er relativt små land, men når vi slår oss sammen kan vi utrette mye. Det gjelder både for utdanning, forskning, og forbedring av kvaliteten på diagnostikk og behandling. Den felles nordiske lærerboken i obstetikk og gynekologi for medisinstudenter som nå ligger ute på nett er et godt eksempel på det. Nå er planleggingen av neste NFOG kongress i Trondheim i full gang. Hold av datoene 27.-30. august 2023 for dette, og følg med på NFOGs websider. Der ligger også lenker til de andre nordiske foreningene inklusive deres veiledere. Og ikke glem at det går an å søke til NFOG-fondet om midler til studiebesøk, kurs og fellesnordiske prosjekter.

Dette blir min siste leder i Gynekologen. Fra nyttår overlater jeg roret til Ragnar Kvie Sande. Han har gjort en utmerket jobb som vitenskapelig sekretær, og jeg er overbevist om at han også blir en god leder for foreningen. Det har vært et velfungerende og særdeles hyggelig styre å sitte i de siste fire årene, og jeg vil takke alle i styret og redaktørene for alt arbeid vi har gjort sammen. Det har vært rikelig med diskusjoner, men alltid på saklig grunnlag. Det har ikke vært gnisinger av noe slag, derimot mye hygge og humor. Jeg ser frem til å sitte i det nye styret i to år til, selv om jeg kommer til å savne Nils- Halvdan, Anders og Hans Kristian, som er ferdige med sin styretid. Vi får imidlertid inn tre nye dyktige kolleger som jeg gleder meg til å samarbeide med. I tillegg blir heldigvis både Yngvild og Ragnar igjen, i tillegg til redaktørene Tale og Inga som begge gjør en viktig og arbeidskrevende jobb.

Jeg sier derfor ikke takk for meg i styret, men takker for tilliten som leder i NGF!

Kirsten Hald

Nytt fra NGF-styret

Siden sist har styret hatt ett styremøte som ble avholdt den 27. oktober i forbindelse med årsmøtet i Tønsberg. Hovesakene på møtet var siste forberedelser til årsmøtet og generalforsamlingen.

Generalforsamlingen NGF ble avholdt 28. oktober. Se eget referat fra generalforsamlingen i denne utgaven av Gynekologen. Det ble valgt nytt styre i NGF, rapport fra spørreundersøkelsen om gynekologers holdning til abort ble lagt frem og det ble vedtatt å gjøre et pilotprosjekt for å se om guidelinemøter som en del av veilederrevisjoner kan være hensiktsmessig.

NFOG: Ragnar Kvie Sande og Kirsten Hald representerte NGF på NFOG board møte i København 3. og 4. november. I tillegg deltok Pepe Salvesen på møtet i egenskap av å være kongresspresident for NFOG-kongressen 2023. Planleggingen for kongressen som skal holdes i Trondheim 27. til 30. august 2023 er nå godt i

gang. Referat fra styremøtene i NFOG blir lagt ut på websidene til NFOG.

FIGO: Verdenskongressen ble avholdt som hybridmøte, hovedsakelig web-basert, fra 21. til 28. oktober. På generalforsamlingen 27.-28. oktober ble det valgt ny president: Jeanne Corey. Fra Norden ble Finland valgt inn som Council member, og Sverige sitter der fra før. Margit Steinholt er foreslått fra NGF som medlem i underkomiteen «Health Systems/Respectful care» i divisjonen «Maternal Newborn Health». Hun ble innstilt til vervet av komiteens leder Bo Jacobsson og avventer nå presidentens endelige godkjenning.

EBCOG: Norge har to representanter i Council: Yngvild Hannestad fortsetter i tillegg til Kirsten Hald, som er ny og erstatter Nils-Halvdan Morken.

Styret i Norsk gynekologisk forening



Kirsten Hald

Leder NGF.
Overlege PhD, Gynekologisk avdeling, Avdelingsleder FoU, Kvinnekliviken, 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, reprodutiv 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/ Kvinnekliviken AHUS.
PhD i reproduksjonsmedisin/endometriose.
hans.kristian.opoien@abus.no T: 92889396



Yngvild Skåtun Hannestad

PSL/avtalespesialist.
Doktorgrad om urinlekkasje, 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

SOM 52

Vårt toppselger kolposkop. Tysk premium kvalitet!



**75 år med
Kaps Optik**

– Fokus på detaljer –
Kvalitets Kolposkop
produsert i Tyskland



Omfattende utvalg av tilbehør:

- Valg av ulike lyssystemer
- Innsvingbart grønt filter
- 3-trinns, 5-trinns forstørrelsesveksler eller manuell/motorisert zoom
- Velg mellom rette eller skrå rør
- Utskiftbare objektivlinser og okularer
- Fra 5-gangers forstørrelsesveksler og utover er en blenderåpning for økt dybdeskarphet tilgjengelig
- Motorisert versjon (zoom og fokus)
- Mulighet for foto- og video-tilbehør for dokumentasjon og opplæring
- Fleksibilitet til å ettermontere ekstrautstyr på kolposkopet i henhold til dine ønsker og krav

Kontakt oss for mer informasjon

MEDITEK
Medisinsk utstyr

www.meditek.no

MEDITEK medisinsk utstyr AS
Stadionveien 21, 4632 Kristiansand
Telefon 38 09 89 00
E-post: meditek@meditek.no



Kjære alle LiS og FUGOister!



Hilde Sellevoll
FUGO-leder

Etter fire år i FUGO-styret, og de siste tre årene som leder, er det på tide å takke for meg. Det har vært svært inspirerende og lærerike år. Jeg har fått mulighet til å bli kjent med mange fine arbeidssomme kollegaer, både yngre og eldre, fra små og store sykehus og fra nord til sør. Det har gitt innblikk i hva som skjer i fagmiljøet, og flere perspektiv på hva det vil si å være lege og fagperson utover det kliniske arbeidet. Det har vært personlig utviklende og ikke minst GØY! Jeg vil gjerne sitere min forgjenger, Thea Falkenberg Mikkelsen: «Jeg er så stolt av å være LiS i verdens beste fag i et heidundrende fagmiljø! Jeg er så stolt av å være FUGOist!»

Jeg vil først og fremst takke de jeg har sittet i styret med; Thea, Eirin, Anders, Marianne, Ane, Mathias, Liva, Mark, Øystein, Ann Cecilie og Aslak. Med så engasjerte og kompetente folk har det vært en fryd å være styreleder, og jeg sitter igjen med mange gode opplevelser fra møtene våre. Det har vært diskusjoner, latter, uenigheter og selvransakelser. Jeg mener det har vært viktig å løfte blikket innimellom og spørre oss selv hva som skal være målet og hensikten vår. Et av mine mål har vært at vi skal være der det skjer, både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Jeg håper også at andre LiS har opplevd at vi har vært lydhøre for innspill. Selv må jeg si at jeg er fornøyd med det styret har fått til, og det er minneverdig

å kunne se tilbake på den landsdekkende kampanjen «Boksen går», etableringen av FUGOteket under pandemien, innføringen av diplom-utdeling under årsmøtemiddagen og svært velorganiserte FUGO-kurs med høy faglig kvalitet etter min mening. I tillegg har jeg som styreleder deltatt på faglandsrådet og FUXX-forum. Etter min oppfatning (som må sies å ikke være særlig objektiv) er FUGO en av de mest velfungerende LiS-foreningene. Jeg mener at vi gjennom styrket samarbeid med de andre LiS-foreningene kan gjøre kvaliteten på utdanningen vår og arbeidsmiljøet for LiS enda bedre. Jeg mener det er viktig at FUGO fortsetter å engasjere seg i dette forumet. Til tross for pandemi og lav aktivitet de siste to årene har vi opprettholdt kontakt med ENTOG og NFOG. ENTOG-utvekslingen, som ble avlyst i 2020, står nå på planen igjen til neste år. Her er det mange som kan glede seg!

Jeg har også STOR tiltro til at FUGO skal kunne gjøre seg enda mer gjeldende i tiden fremover. Det står mye på agendaen, som den nevnte ENTOG-utvekslingen i 2022 og deretter obstetrikkampanje. Med fire nye styremedlemmer som ble valgt ved årets generalforsamling i Tønsberg (Morten Kvello fra Kristiansand, Mina Eskeland fra Bodø, Siri Juliebø fra Bergen og Catrine Størksen fra Oslo) skal landets geografi være godt dekket, og jeg er overbevist om at disse folkene vil utgjøre et fantastisk team sammen med Øystein, Ann Cecilie og Aslak. Jeg ønsker dere masse lykke til i det kommende året!

Jeg takker med dette for meg og ønsker alle LiS en gledelig jul!

Hilde Sellevoll

Referat generalforsamling FUGO

27.10.21 kl 17.30 - 18.30. Hotell Klubben, Tønsberg

Til stede fra FUGO-styret: Hilde Sellevoll, Øystein Bergøy, Aslak Vimme Solhoff, Anders Einum, Mark Lewis Barbero, Mathias Sonstad, Ann Cecilie Vaadal

Antall stemmeberettigede FUGO-medlemmer til stede: 29 (inkludert 7 styremedlemmer)

- 1. Innkalling og sakliste,** godkjent ved akklamasjon. Hilde Sellevoll valgt som ordstyrer og Ann Cecilie Vaadal som referent.
- 2. Styrets arbeid.** Styret har avholdt 3 digitale møter og ett fysisk møte. Kort gjennomgang av styrets arbeid siste året.
 - **Presentasjon av NGF** ved FUGO-representant i NGF-styret, Anders Einum. Han informerer kort om oppgavene til NGF. FUGO-representanten har som oppgave å være sekretær og tale LISenes sak.
 - **Orientering om FUGO-teket** ved Øystein Bergøy. Vi tar gjerne i mot forslag til mer vi kan ha på denne siden.
 - **ENTOG** ved Mark Barbero. Informasjon om ENTOG. LIS-leger i ob/gyn i hele Europa. ENTOG exchange skal være i Norge i 2022, kort orientering om dette.
 - **NFOG** ved Hilde Sellevoll. Informasjon om NFOG. Lite aktivitet siste året pga pandemi. Neste kongress er i Trondheim i 2023. Oppfordrer LiS til å søke NFOG-fondet!
 - **Endoskopiutvalget** ved Mark Barbero. Lite aktivitet i utvalget siste året. Oppfordrer medlemmene til å melde seg på kurs i kirurgisk teknikk!
 - **Obstetrikkampanje ved Aslak Solhoff.** Presentasjon av kampanjen. Målet er en strukturert opplæring i fødselsmekanikk og praktisk obstetrikk. Oppfordrer ildsjeler til å ta kontakt.
- 3. Regnskap 2020** ved Aslak Solhoff. Regnskapet presenteres. Lite aktivitet i 2020, penger kun brukt på styremøter. Overskudd på 42129 kr. Spørsmål om hva som skjer med overskudd: Pengene går tilbake til NGF. Regnskapet godkjennes ved akklamasjon.

4. Foreløpig regnskap og revidert budsjett 2021

ved Aslak Solhoff. Det er brukt mer penger enn budsjettet på å sende to representanter fra styret til ENTOG-møtet i Hellas. Ingen utgifter i forbindelse med NFOG. Styret mener dette har vært riktig omfordeling ettersom Norge skal være vertsland for ENTOG exchange i Norge neste år. Budsjettet godkjennes ved akklamasjon.

5. Budsjett 2022 ved Aslak Solhoff. Planlagt tre fysiske møter, to på nett. Setter av 10.000kr til ENTOG exchange i Norge. Den nye obstetrikkampanjen budsjetteres med 10.000kr. Det informeres i tillegg kort om at det planlegges å søke om økt bevilgning fra NGF i løpet av kommende år. Budsjettet godkjennes ved akklamasjon.

6. FUGO-kurs ved Ann Cecilie Vaadal. Årets tema var adenomyose og endometriose.

Det åpnes for forslag til tema til neste år FUGO-kurs. Det foreslås noe relatert til obstetrikk mtp. at det var gynekologi i år, samt at man jo starter med en obstetrikkampanje høsten -22.

7. Avstemning over saker: Ingen innkomne saker til generalforsamlingen.

8. Valg av nye styremedlemmer til FUGO:

Valgkomiteen har bestått av tidligere styremedlemmer Liva Helleland og Marianne Omtvedt.

Aslak Vimme Solhoff og Ann Cecilie Vaadal ble valgt inn for to år i 2020 og er dermed ikke på valg. Hilde Sellevoll, Mark Lewis Barbero og Mathias Sonstad er ferdig med sin 2-års periode og stiller ikke til gjenvalg. Anders Einum ble valgt i 2020, og ønsker å avtre fra sin plass i styret.

Valgkomiteen har kommet med følgende innstilling:

- Øystein Bergøy som stiller til gjenvalg.
 - Mina Eskeland
 - Catrine Størksen (ønsker å stille som vara)
 - Siri Øvereng Juliebø - *ikke mulighet til å delta i kveld*
 - Morten Kvello - *ikke mulighet til å delta i kveld*
- Styremedlemmene velges ved akklamasjon.

9. Eventuelt. Ingenting som er ønsket tatt opp.

Siste nytt fra spesialitetskomiteen



Christine Hancke

Leder av Spesialitetskomiteen

Mye av arbeidet med godkjenning av utdanningsinstitusjonene er nå unnagjort. Avdelingene rundt om i landet har sendt fra seg søknader det er lagt mye arbeid i. Vi har gått gjennom alle disse, og de er sendt tilbake til HDir for endelig godkjenning.

Som del av overgangen til ny spesialiststruktur har vi også lagt ned mye jobb i ny kursstruktur. Den tidligere ordningen med fast antall kurstimer, samt obligatoriske og valgfrie kurs, er nå endret. Kursene er nå knyttet opp mot læringsmål, og de vil være en læringsaktivitet for å kunne oppnå læringsmålet. Mange er allerede godt kjent med dette, men det betyr at vi nå kun har anbefalte kurs, som er knyttet opp mot forskjellig læringsmål. Vår anbefaling av kurs knyttet opp mot læringsmål er nå sendt til vurdering hos HDir, og tiden vil vise om dette arbeidet nå er ferdigstilt.

I den nye kursstrukturen er det tilkommet et helt nytt kurs – Introduksjonskurset. Dette er allerede godt etablert og skal i høst arrangeres for tredje gang. Men, det kommer også enda et nytt kurs! Etter at Stortinget besluttet at tilbud om ultralydundersøkelse i første trimester av svangerskapet og utvidet mulighet for NIPT skal innføres i helsetjenesten, har NGF-styret ønsket at vår rolle i innføringen av dette er planlagt. Det ble derfor satt ned en gruppe med dyktige representanter fra fostermedisinmiljøet, en representant fra FUGO og en fra Spesialitetskomiteen, for å komme med et forslag til utdanningsmodell i tidlig ultralyd for legene. Som et resultat av dette arbeidet er det nå sendt inn en anbefaling til HDir om nytt læringsmål og et nytt kurs i tidlig ultralyd og NIPT. Forhåpentligvis vil godkjenning komme, slik at dette kurset blir holdt for første gang i løpet av våren 2022.

Vi er som alle andre glade for at hverdagen begynner å bli som før. Det betyr at vi nå vil starte med avdelingsbesøk igjen. Vi er i gang med planleggingen, og dette gleder vi oss veldig til. Vi er spente på hvordan den nye strukturen fungerer i praksis ved de forskjellige avdelingene og gleder oss til å møte alle sammen, ikke minst LISene. Tidligere fikk vi litt oversikt om status ved den enkelte avdeling gjennom SERUS-rapportene, men disse er dessverre ikke lenger i bruk. Vi i Spesialitetskomiteen er nå motivert for å se om vi kan finne en mulighet for direkte tilbakemelding fra LIS igjen, og vi vil fokusere på dette fremover.



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

En eske er nok til 7 ukers behandling

F **Remifemin®** (*Cimicifuga racemosa*) 2,5 mg. Reseptfritt. Middel mot overgangsplager. 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.

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

Mykgjørende & fuktighetsbevarende krem for underlivet

Dr. Warming Critical Care brukes på tørr og irritert hud på kjønnsleppene og kan også brukes som komplement ved behandling av Lichen Sclerosus, Lichen planus og andre hudsykdommer på og rundt vulva. Fettkremen smelter raskt ved påsmøring som gjør den behagelig å bruke.

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

Alle kjente og gjennomprøvde ingredienser.

Dr. Warming Critical Care er tilgjengelig på Vitusapotek og Apotek1.

92% fettinnhold



nordic
consumer
health

CRISPR – Hva er det?

Du har helt sikkert hørt om det. Metoden ble kåret til årets gjennombrudd i 2015 av Science. Men hva er det? Og hvordan kan det anvendes innen onkologi?



Cecilie Fredvik Torkildsen
PhD-stipendiat ved UiB
Overlege ved SUS

CRISPR er en forkortelse for «Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats». Metoden er en form for genmodifisering. Den ble oppdaget i 2012, og man fant da ut at systemet kan brukes til å endre DNA i alle typer organismer. Det som gjør metoden så spesiell er at den er enklere, billigere og raskere enn andre metoder. Den kan også brukes til å endre flere gener samtidig. Metoden er spesielt egnet til å inaktivere gener. Prosedyren er imidlertid i stadig forbedring, og håpet er at den etter hvert skal bli veldig presis også på innsetting og aktivering av gener. For å forstå CRISPR er, kan det være greit å repetere cellebiologien:

Alle cellene våre har en cellekjerne. Inne i cellekjernen lagres arvestoffet vårt, DNA-molekylet. DNA-molekylet har en karakteristisk form og består av to tråder satt sammen som en spiralførm stige (dobbel-helix struktur). Trådene er bygget opp av små byggesteiner som kalles nukleotider. Et nukleotid består av tre deler: en nitrogenbase (Adenin, Cytosin, Thymin og Guanin), et sukker-molekyl og en fosfatgruppe. Nitrogenbasen (eller base-paret – en fra hver tråd) er trinnene i stigen. Hver celle i kroppen inneholder ca. 2 meter DNA! Det betyr at molekylet må være tett sammenpakket for å få plass. Det er spesielle proteiner (histoner) som har ansvar for å folde DNA-trådene. Når DNA-trådene er pakket sammen og surret rundt disse proteinene, kalles de kromosomer.

Vår genetiske kode bestemmes av rekkefølgen av nukleotidene i DNA-molekylene. Budskapet og funksjonene som ligger lagret i arvematerialet vårt må oversettes til et språk cellene kan arbeide med. Dette gjøres ved at informasjonen i DNA brukes som oppskrift på proteiner. Proteinene er satt sammen av mindre molekyler som kalles aminosyrer, og rekkefølgen av aminosyrene bestemmer hvilken form og funksjon proteinet får. Tre nukleotider koder for en aminosyre, og utvalget og rekkefølgen på disse tre nukleotidene avgjør hvilken aminosyre som dannes.

Når cellen skal lage et protein, lages det først en arbeidskopi av området på DNA-tråden som skal kopieres. Arbeidskopien er et nytt molekyl som kalles RNA. Det består kun av én enkelt tråd. RNA-kopien fraktes ut av cellekjernen til ribosomene,

som produserer proteiner. Proteinene formes dermed etter rekkefølgen på nitrogenbasene i den aktuelle sekvensen av DNA-molekylet som skal uttrykkes, selv om det er RNA-molekylet som utfører selve arbeidet.

Prinsippet ved kopieringen er at et enzym åpner opp DNA-molekylet og bryter ned «trinnene» på stigen. Et annet enzym (DNA-polymerase) kopierer DNA-tråden ved å legge til ett og ett nukleotid. Hva som skal kopieres styres av spesielle «start»- og «stopp»-sekvenser i DNA-tråden.

Oppsummert utøver DNA-molekylet sin funksjon ved at de ulike nitrogenbasene oversettes til aminosyresekvenser, som igjen kodes om til proteiner. Rekkefølgen på nitrogenbasene bestemmer hvilke proteiner det kodes for og formen på disse.

Så hva gjør CRISPR?

CRISPR-teknologien utnytter egentlig et forsvarssystem som bakterier har mot virus, og metoden er en klipp-og-lim-funksjon. For å lage genetiske endringer, må CRISPR-molekylene først komme seg inn i cellene. Dette gjøres via plasmid-DNA eller et protein.

En trenger i praksis to komponenter: en kort RNA-tråd og et enzym som kan kutte DNA (gensaksen). Et enzym kalt Cas9 (RNA-molekyl) styres til et bestemt sted på DNA-tråden (ved hjelp av en «start»-sekvens) og kutter DNA-tråden. Dette vil gi en endring i funksjon, altså proteinuttrykk. Når DNA-tråden er kuttet, vil cellens egne reparasjonssystemer komme til for å reparere skaden. Dette er ganske upresist og fører ofte til at små deler av DNA-et fjernes eller legges til på tilfeldig vis (mutasjon). Dette utnyttes med den korte RNA-tråden, som da kan bytte ut eller legge til en sekvens i DNAet. Dette kan føre til endringer i genuttrykket, slik at gener kan slås av eller på, eller får en endret funksjon. Teknologien kan kun brukes på celler som deler seg, og genvarianten vil arves videre til denne cellen sine datterceller.

Metoden benyttes i hovedsak i laboratorier, hos dyr og i matindustrien.

Høsten 2016 ble de første utprøvende behandlingene på mennesker igangsatt. I Europa skal CRISPR prøves ut på pasienter med beta-talassemi. Felles for sykdommene metoden utprøves på er at cellene som er årsak til sykdommen er enkle å komme til eller kan hentes ut av kroppen (blod- eller øyesykdommer). Genredigering av celler inne i kroppen er mer teknisk utfordrende. Samtidig er det tydelig at medfødte genetiske sykdommer potensielt kan



behandles og forebygges med metoden. Den kan brukes til å endre gener i kjønnseller, befruktete egg og embryo.

En stor svakhet med metoden er at den er upresis, og det kan aldri garanteres for at kuttet gjøres på rett sted. Effekten av endringen kan dermed ikke garanteres. Selv om metodene etter hvert vil bli svært presise, er det likevel usikkert hvilke biologiske, helsemessige og sosiale følger arvelige endringer vil ha på sikt. Det er mange etiske dilemmaer knyttet til genredigering.

Som teknologisk hjelpemiddel innen onkologi har CRISPR-Cas9 gjort det mulig å screene genomet for å se om genuttrykk fører til sykdom. Fremskrittene som er gjort innen genomsekvensering siste 20 år har ført til en enorm kartlegging av vårt arvemateriale. Nye metoder gjør at fullgenomsekvensering kan gjøres på kort tid. Samtidig har dette gitt utfordringer med tanke på enorme mengder datamateriale, og det er ofte vanskelig å vite med sikkerhet nøyaktig hvilke varianter i arvematerialet som fører til sykdom. Mange mutasjoner eller varianter har det vi kaller en usikker klinisk betydning. Med CRISPR-Cas9 kan en teste ut hvilke mutasjoner som faktisk gir sykdom, ved å bruke musemodeller. Man kan sette DNA som er behandlet med CRISPR-Cas9 for å slå ut et gen inn i mus, og slik sammenlikne om det er forskjellig sykdomsutvikling med eller uten et spesifikt genuttrykk. Dette krever imidlertid et stort antall forsøksdyr. Et annet alternativ er å gjøre mange ulike genmodifiseringer i en svulst og deretter

transplantere den over i en musemodell. Etter hvert som svulsten da vokser kan man ta den ut og gjøre nye analyser for å finne ut hvilke funksjonsendringer som har gitt sykdom og metastaser. Kort forklart kan man se hvilke inaktiveringer som faktisk gir en ukontrollert vekst, ved å inaktivere genuttrykk i en svulst.

Den mest brukte anvendelsen av CRISPR-teknologi er når metoden brukes til å se etter genvarianter som bare har betydning i kreftceller, og ikke vanlig vev. Dette kalles dropout-screening. Metoden kan påvise gener som er ansvarlige for vekst og overlevelse i kreftceller, men som ikke har noen betydning i friskt vev. Målet med identifiseringen er å finne angrepspunkter for behandling med færrest mulige bivirkninger. I tillegg brukes metoden for å påvise mekanismer som gir behandlingsresistens. Klarer man å identifisere genetiske forandringer som er ansvarlige for resistens mot behandling, kan disse mekanismene behandles for å gjøre svulsten følsom for etablert behandling. For eksempel kan en tenke seg målrettet behandling for karboplatinresistens som gjør svulsten karboplatinsensitiv.

Referanser / tilleggs litteratur:

eu.idtdna.com/pages/education/decoded/article/overview-what-is-crispr-screening
www.biotechnologiradet.no/temaer/genredigering-crispr/
sml.snl.no/CRISPR
CRISPR gene editing in human embryos wreaks chromosomal mayhem, Ledford, Nature 2020
In Vivo Ovarian Cancer Gene Therapy Using CRISPR-Cas9; Hum Gene Ther 2018
CRISPR/Cas9-Mediated OC-2 Editing Inhibits the Tumor Growth and Angiogenesis of Ovarian Cancer Front Oncol 2020

Kasuistikk

Ektopisk graviditet i keisersnittarr (Caesarean scar pregnancy, CSP)



Ashi Ahmad

Overlege ved Kvinneklubben Ahus og ved fostermedisinsk avd. Rikshospitalet



Jette Stær-Jensen

Overlege ved Kvinneklubben Ahus

En 36 år gammel kvinne ble henvist fra privat gynekolog grunnet mistanke om ektopisk graviditet i tidligere keisersnittarr, også beskrevet som «caesarean scar pregnancy» (CSP). Hun var G06P02, hvorav ett normalt svangerskap og fødsel, men ved siste fødsel forløst med akutt keisersnitt i uke 32 grunnet mistanke om veksthemmet foster. Deretter hadde pasienten hatt to spontanaborter. Hun var fulgt med s-HCG grunnet tidligere historikk med spontanaborter, som hadde vist normal stigning. Ved 8 uker amenoré kontaktet hun gynekolog grunnet nedre magesmerter og spotting. Ved undersøkelse ble det påvist tom gestasjonssekk med diameter 26 mm som var implantert i arrområdet fra hennes tidligere keisersnitt, og hun ble henvist videre til lokalsykehus.

Ved undersøkelse på lokalsykehuset bekreftes overnevnte funn. Man fant en veldig retroflektert uterus med gestasjonssekk implantert anterior og lavt ved indre mormunnsåpning. Ved bruk av fargedoppler visualiseres funksjonell placentasirkulasjon mot en tynn fremre uterinvegg på under 2mm. Grunnet usikker svangerskapslengde valgte man å ta HCG i serum. S-HCG hadde verdi på 8020 (IE/L) dag 1 og 5620 (IE/L) på dag 3. Dag 6 var denne falt til HCG 2950 (IE/L), med uendrede ultralydfunn.

Caesarean scar pregnancy (CSP)

Ektopisk graviditet i arrev etter tidligere keisersnitt er en relativt sjelden tilstand, som ubehandlet er forbundet med høy morbiditet (1). Tilstanden ble første gang beskrevet i 1978. Forekomsten oppgis til ca. 1,5 per 10 000 i en kohortstudie fra Storbritannia og har vært økende parallelt med økt keisersnittfrekvens og bedre ultralyddiagnostikk (2). Patogenesen består i at blastocysten implanterer seg i tidligere arr i uterus, enten som partiell CSP på arret, med manglende decidua basalis direkte i myometriet, eller som komplett CSP i «niche» for tidligere arr. Sistnevnte forekommer sjeldnere (3). Retroflektert uterus med tidligere keisersnitt er beskrevet som risikofaktor (4).

Diagnostikk

Diagnosen stilles med transvaginal ultralyd i 2D eller 3D, ved følgende funn:

- 1) Tom uterinhule og tom endocervical kanal
- 2) Implantering av gestasjonssekk/placenta i området for tidligere keisersnittarr
- 3) Manglende eller tynt myometrium mellom gestasjonssekken og anterior uterinvegg (noen steder angitt med grense på <2 mm)
- 4) Rikelig blodstrøm rundt gestasjonssekken, undersøkt med fargedoppler

Diagnosen stilles enklest tidlig i 1. trimester, da gestasjonssekken i 2. trimester vil kunne bevege seg opp i fundus og mistolkes som et normalt implantert svangerskap. Diagnosen kan likevel sannsynliggjøres ved funn av anterior placenta, og da ved å påvise økt vaskularisering i området mellom placenta og urinblære. Dette er viktig, da CSP er assosiert med og beskrevet å være en forløper for patologisk invasiv placenta («Placenta Accreta Spektrum disorder», PAS).

Behandling og håndtering

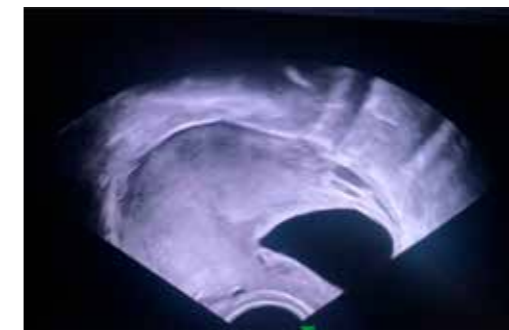
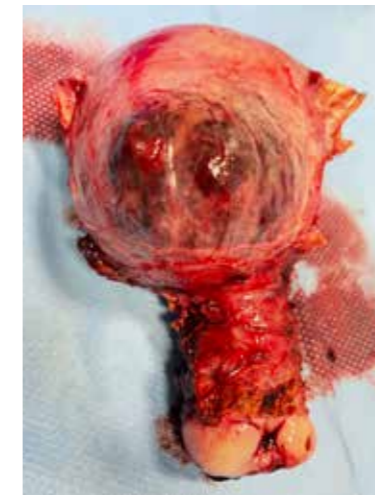
Omtrent 50% av CSP ender med spontanabort i løpet av 1. trimester, og ca halvparten av disse vil trenge kirurgisk behandling for å oppnå hemostase. Kvinner med CSP som fortsetter inn i 2. til 3. trimester vil ha betydelig økt risiko for komplikasjoner i form av obstetriske blødning og hysterektomi (5). Følgelig er det anbefalt å fraråde pasienten å kontinuere svangerskapet når CSP påvises (1).

Atskillelige behandlingsalternativer er beskrevet i litteraturen (6). Blant disse er ekspektans, medisinsk behandling (systemisk eller lokal behandling med metotrexate) og kirurgisk behandling (revisio, hysteroskopisk-, transvaginal- eller laparoskopisk reseksjon), og det kan se ut til at det har vært et skifte over tid i favør av kirurgisk håndtering ved vital CSP (7). For å oppnå økt kunnskap om mest optimale behandlingsmetode har man etablert et internasjonalt CSP-register (<https://csp-registry.com/>).

En stor systematisk oversiktsartikkel over 52 behandlingsstudier viste at medisinsk behandling med metotrexate hadde en suksessrate på rundt 75%, og 13% av pasientene fikk alvorlige komplikasjoner. Høyeste suksessrate ble rapportert ved kirurgisk behandling av CSP (transvaginal- eller laparoskopisk reseksjon), på >97% (6).

I en fersk publisering behandlet Jurkovic gruppe i Storbritannia 62 kvinner med vital CSP, med ultralydveidlet evacuatio med sug og anleggelse av Shirodkar cerclage for hemostase. Av disse trengte 10% blodtransfusjon, men det var ingen tilfeller av hysterektomi (5). Ved anembryonalt svangerskap eller tom gestasjonssekk kan ekspekterende holdning velges med tette kontroller frem til s-HCG er nær 0 (8).

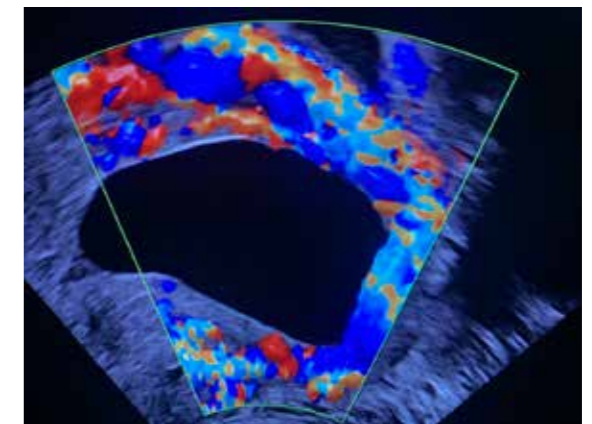
Operasjonspreparat som viser veldig tynn anterior uterinvegg med store kar.



Gestasjonssekk implantert lavt og anterior i uterus.



Størrelse på tom gestasjonssekk ved første konsultasjon.



Rikelig vaskularisering vist med fargedoppler.

I særlige tilfeller med vital CSP og sterkt barneønske kan tilstanden håndteres med ekspektans. Pasienten må veiledes om betydelig økt risiko for senabort, blødning, prematur fødsel, utvikling av PAS og postpartumhysterektomi. I en studie av Timor-Tritsch IE og kollegaer, hvor 10 tilfeller av CSP ble behandlet med ekspektans grunnet barneønske, fødte ni av kvinnene levende barn mellom uke 32-37, men alle 10 pasienter ble hysterektomert i forbindelse med keisersnitt. Histologisk undersøkelse av operasjonspreparatene viste placenta percreta. Ekspektans er i flere studier assosiert med en andel levende fødsler på opptil 70%, samt en tilsvarende hysterektomirte (9).

Vår pasient hadde ikke vitalt, men anembryonalt svangerskap. Etter diskusjon i plenum og konferering med eksisterende evidens valgte man i første omgang å følge pasienten konservativt, med ukentlig måling av s-HCG og transvaginal ultralyd. S-HCG falt, men gestasjonssekken økte i størrelse. På dag 16 var s-HCG 360 (IE/L). Gestasjonssekken hadde økt i størrelse til 35 x 23mm, med vedvarende høygradig vaskularisering vurdert med fargedoppler.

Pasienten var plaget med nedpress og smerter. Hun ønsket nå kirurgisk behandling. Etter ny helthetsvurdering på dag 20 (voksende gestasjonssekk med rik vaskularisering og veldig tynn anterior vegg på < 2 mm, i tillegg til pasientens plager og ikke videre barneønske) besluttet man i samråd med erfaren kirurg å tilby henne kirurgisk behandling.

Ultralydveidlet vakuumaspirasjon og rekonstruktiv kirurgi av uterus ble diskutert, men på grunn av størrelsen på gestasjonssekken og defekten i uterus, i tillegg til kvinnens ønske, ble laparoskopisk hysterektomi vurdert som beste alternativ. Det ble anlagt aortaballong preoperativt. Laparoskopisk hysterektomi ble

gjennomført komplikasjonsfritt. Operasjonspreparatet samsvarte med ultralydfunnene. Det var tynn anterior uterinvegg, der gestasjonssekken bulet ut med store mengder bredkalibrete kar. Pasienten ble utskrevet i velbefinnende dagen etter.

Diskusjon

CSP forekommer sjeldent. Derfor er erfaring med håndtering av tilstanden ofte begrenset. Kirurgisk behandling med ultralydveidlet transvaginal reseksjon (evt. med cerclage) eller laparoskopisk reseksjon er rapportert å ha lavest komplikasjonsrate, men behandlingsmetoder diskuteres fortsatt. I dette tilfelle ble LH vurdert som den mest optimale behandlingen for vår pasient, gitt hennes ønsker og kirurgens erfaring. Håndteringen ville vært en annen ved videre barneønske, og ved annen erfaring hos kirurgen. Vi oppfordrer til å diskutere disse pasientene i plenum og med sentre som har erfaring med diagnostisering og håndtering av CSP.

Litteraturliste

1. https://www.uptodate.com/contents/caesarean-scar-pregnancy-abdominal-pregnancy-and-heterotopic-pregnancy?search=caesarean%20scar%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1-22&usage_type=default&display_rank=1
2. Harb HM et al. Caesarean scar pregnancy in the UK: a national cohort study. BJOG 2018 (125); 1663-70.
3. Timor-Tritsch IE et al. Caesarean scar pregnancy. Diagnosis and pathogenesis. Obstet Gynecol Clin N Am 2019 (46); 797-811.
4. Kaelin AA et al. Caesarean delivery changes the natural position of the uterus on transvaginal ultrasonography. K Ultrason Med 2018 (37); 1179-83.
5. De Braud et al. Risk prediction of major hemorrhage with surgical treatment of live caesarean scar pregnancies. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2021 (264); 224-31.
6. Petersen KB et al. Caesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. Fertil Steril 2016 (105); 958-67.
7. Roche C et al. Caesarean scar ectopic pregnancy: Evolution from medical to surgical management. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2020 (60); 852-7.
8. Cali G et al. Outcome of caesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2018 (51); 169-75.
9. Timor-Tritsch IE et al. Early first-trimester transvaginal ultrasound is indicated in pregnancy after previous caesarean delivery: should it be mandatory? Ultrasound Obstet Gynecol 2019; 54(2);156-63.

Fyrrig forskningsdag på Haukeland!

Hvordan få frem og fremme forskning og kvalitetsutvikling på tvers av fagprofesjoner og formell tilknytning i en travel klinikkhverdag? Dette kan andre også få til!



Jone Trovik
Professor, UiB
Overlege, Kvinneklubben Haukeland

Som en stor universitetsklinikk er det mye forskning relatert til Kvinneklubben i Bergen. Vi gynekologer kjenner best til Bergens gynekologiske kreftforskningsgruppe og Forskningsgruppe for svangerskap, fosterutvikling og fødsel. Men, der er langt flere personellgrupper enn bare i akademisk virke, og det er utstrakt samarbeid med grupper/institusjoner institutter ved Universitetet i Bergen og Høgskulen på Vestlandet. Målet med forskningsdagen var å vise bredden i forsknings- og kvalitetssikringsprosjekter for hverandre, bli stolte av fagmiljøet og skape entusiasme for forskning og fagutvikling.

Overlege og førsteamanuensis Cathrine Ebbing tok oppgaven å lede planlegging og gjennomføring, og med hennes sedvanlige smidige grundighet måtte dette bli bra! Det skulle være lavterskel å presentere, og flest mulig av KKs personell skulle ha mulighet for å delta. En halv dag ble satt av, og muntlige innlegg skulle presenteres to ganger, slik at akuttberedskap/nødvendig tilstedeværelse i klinikken ble ivaretatt. Posterpresentasjoner skulle alle kunne besøke mellom de to muntlige øktene.

Hvor mange ville ønske å presentere? Vi fikk inn i alt 36 bidrag! For å få avvirket flest mulig som muntlige innlegg ble det organisert som «speed-talk»: 5 minutter med 1 minutt til spørsmål. Vi fikk da plass til 14 muntlige presentasjoner (7 obstetrikk, 6 gynekologi og 1 generell gynekologi) og 22 poster (11 obstetrikk, 6 generell gynekologi og 5 gynekologi). Det var stor bredde i forfatterkategori: fra medisinstudenter (5 av 6 gynekologipostere), jordmormasterstudenter, jordmødre, fagsykepleier, fysioterapeuter og PhD-studenter, til postdok/professornivå. Tema varierte fra pedagogisk SOTL-oppgave (Scholarship in teaching and learning), VR-teknologi i bekkenanatomundervisning, store kohortanalyser av Fødselsregisterdata, avanserte biomedisinske celle- og musmodeller med molekylære og genetiske analyser, kvalitative studier relatert til opplevd støtte på barsel og jord-

mødres møter med traumatiske hendelser, til pasienters livskvalitet etter gynekologisk kreft og ved gynekologiske fistler. Kvalitetsprosjekter med gjennomgang av utfall etter fødsel, sectio og ulike gynekologiske behandlinger ble også presentert. Noen av postene og innleggene skulle senere resirkuleres og/eller oppgraderes til NGF-årsmøtet.

Dagen ble åpnet av Klinikkdirtør ved KK, instituttleder ved Klinisk Institutt 2 UiB og forskningsleder ved Høgskulen Vestlandet. Det ble et teknisk prikkfritt arrangement, med presentasjoner levert elektronisk dagen før og satt sammen av hardtarbeidende avdelingsingeniør Bozickovic. Oppsettet inkluderte mellomslide med beskjed til neste to presentatører om å gjøre seg klare. To møteledere introduserte vekselvis og holdt tiden med vennlig, men bestemt blyantbanking («streng, men rettfærdig»), også da komiteens egen obstetrikamanuensis holdt innlegg. I alt 158 tilhørere fordelte seg greit på de to bolkene og spiste ikke mer mat i pausen enn beregnet pr. snute.

Vurderingskomiteen hadde en vanskelig jobb med å velge ut prisvinnere, men de noterte flittig på sine skjema under presentasjonene, og de gikk rundt og intervjuet hver enkelt posterpresentatør! (De av oss som «bare» fikk ha poster satte stor pris på den viste interessen.)

Beste obstetriske innlegg ble tildelt gynekolog og amanuensis Elham Baghestan med emnet «Risk factors for surgical site infection following cesarean delivery: A hospital-based case-control study». Hun snakket med stor tyngde om egne resultater, som holdt god vitenskapelig kvalitet. Molekylærbiolog og PhD-student Hilde Lien ble hedret for sin evne til å forklare vanskelige ting enkelt med sitt innlegg «High dimensional analysis of FIGO stage IB endometrial carcinomas». Fysioterapeut og PhD-student Nina-Margrethe Theodorsen fikk pris for sin stilrene poster «Hva gjør vi med mammagen?», som nådde ut med sitt engasjerte budskap om hva som er viktig for gravide og trening. Tidligere forskerlinjestudent og nå PhD-student Christiane Helgestad Gjerde ble kreditert for sin poster «Establishment of an organoid platform for ovarian carcinoma» med veldig fin layout, som fikk frem den imponerende mengden forskning som ligger bak. Se forøvrig nærmere presentasjon av de enkelte prisvinnende prosjekter etter denne «Forskningsdagsanmeldelsen».



Klinikkdirtøren åpner dagen.



Ivrige tilskuere, hvorav mange er blitt frigjort fra klinikken for å delta.



Seksjonsledere Jone Trovik og Cathrine Ebbing.

Elektronisk stemmegivning sikret at publikum fikk gi sine tre stemmer mht. beste poster og muntlige innlegg i vår lokale «Stjernekamp». Hele 99 deltagere bidro, og gynekolog og PhD-student Lorentz Linde ble hedret for sin særdeles entusiastiske presentasjon av «Blødning i fødsel - Hva kan den norske befolkningen lære oss?», mens posteren til Ingrid Husebø og Guro Folgerø, masterstudenter i jordmorfag, viste at «Opplevelse av sosial støtte på barsel» var et tema som engasjerte bredt!

Klokken 18 samlet vi oss på Litteraturhuset for prisutdeling med blomster og diplom til seks utvalgte presentasjoner, før musikalsk hyllest fra trioen MAS (MarthaAnneSigrunn): gynekolog Anne Veddeng og jordmødrene Martha Svarstad Vadset og Sigrunn Skjælaaen Dahl. Tema var passende, eksempelvis «Have You ever loved a woman», «Jordmorsangen» av Bremnes (vi obstetrikere koplet oss på i hyllesten) og rørende hyllest til mødre generelt med «Eg skal være våken» (enda flere koplet seg på).

Avslutningsvis ble kveldens forskningsdebatt stødig ledet av klinikkooverlege Agnethe Lund: «Kvinnehelseforskning og kvinner i forskning». KKs klinikkdirtør Susanne Albrechtsen åpnet



Paneldebatt ledet av klinikkooverlege Agnethe Lund. Fra venstre generalsekretær i Norske kvinners sanitetsforening Grete Herlofsen, klinikkdirtør KK Susanne Albrechtsen, professor Anne-Ma Dyrhol Riise fra UiO og professor Nils-Halvdan Morken fra KK/UiB (Stand-in for professor Kjell Salvanes fra Norges Handelshøyskole).



Velbesøkte poster.

debatten. Generalsekretær i Norske kvinners sanitetsforening Grete Herlofsen innledet om NKS sitt perspektiv og bidrag til forskning, og professor Anne-Ma Dyrhol Riise Universitetet i Oslo om kvinners rolle i akademia.

Professor Kjell Salvanes ved Norges handelshøyskole skulle ha deltatt med sitt samfunnsøkonomiske perspektiv på kvinne- og familieforskning, men fikk akutt sykdomsforfall. Vår «egen» professor Nils-Halvdan Morken tok sporty over stafetten etter vassel klokken 16, ofret ettermiddagsro og ilte (pr. Bybane) ned til panelet. Vi fikk belyst forskningshindringer, men også hva som faktisk fungerer bra. Fra salen kom innspill med ønsker til videre tema.

Dette var en inspirerende dag! Mange flotte medarbeidere fikk vist frem deler av klinikkens virke som ikke synes så godt i den daglige «dønt». Impulser på tvers ga grobunn for nye samarbeid.

Vi er helt sikre på at vi vil ha dette igjen og oppfordrer andre klinikker til det samme: få frem fyrrig forskning på hjemmebane!



Trioen «MAS», fra venstre jordmor Martha S. Vadset, gynekolog Anne Veddeng og jordmor Sigrunn Skjælaaen Dahl.

Kategori	Navn	Tittel
Beste presentasjon Obstetrikk	Elham Baghestan, Gynekolog, amanuensis UiB	Risk factors for surgical site infection following cesarean delivery: A hospital-based case-control study
Beste presentasjon Gynekologi	Hilde Lien, Molekylærbiolog, PhDstudent	High dimensional analysis of FIGO stage IB endometrial carcinomas
Beste Poster Obstetrikk	Nina-Margrethe Theodorsen, Fysioterapeut, PhD student	Phd-prosjektet «Hva gjør vi med mammagen?»
Beste Poster Gynekologi	Christiane Helgestad Gjerde Lege, PhD student	Establishment of an organoid platform for ovarian carcinoma
Publikumspris Beste Poster	Ingrid Husebø og Guro Folgerø Jordmødre, master i jordmorfag	Opplevelse av sosial støtte på barsel
Publikumspris Beste Presentasjon	Lorentz Erland Linde Gynekolog, PhD student	Blødning i fødsel - Hva kan den norske befolkningen lære oss?

Abstractet av Kvalvik et al fremført av Elham Baghestan er også gjengitt i Gynekologen 3-2021, i forbindelse med NGFs Årsmøte

Risk factors for surgical site infection following caesarean delivery: A hospital-based case-control study

Kvalvik SA, Rasmussen S, Thornhill HF, Baghestan E.

Acta Obstet Gynecol Scand. 2021 Jul 26. doi: 10.1111/aogs.14235.

Formål:

Keisersnitt er den viktigste enkeltfaktoren for puerperal infeksjon, med en 20-ganger økt risiko sammenlignet med vaginal forløsning. Keisersnittrater er stigende på verdensbasis, men er stabil lav i de nordiske land. Internasjonale studier viser forekomst av postoperativ infeksjon etter keisersnitt mellom 3% og 15%. Vi ønsket å studere forekomst og uavhengige risikofaktorer for postoperativ infeksjon etter keisersnitt i en fødepopulasjon med lav keisersnittfrekvens (10-13 % siste 20 år).

Materiale og metode:

Vi utførte en sykehusbasert retrospektiv kohortstudie på Haukeland Universitetssjukehus der vi i tidsperioden 2014-2016 inkluderte 75 kvinner som ble behandlet for postoperativ infeksjon etter keisersnitt i henhold til «Surgical site infection»-definisjonen fra Centers for Disease Control and Prevention (CDC): infeksjon i det kirurgiske såret eller i dype organer eller hulrom og er oppstått innen 30 dager etter inngrepet. Kontrollgruppen bestod av 148 kvinner som var forløst med akutt keisersnitt i samme tidsperiode som kaspasientene og uten registrert postpartuminfeksjon (ratio 2:1). Vi gjennomgikk journalopplysninger for begge grupper og registrerte relevante variabler relatert til graviditet, fødsel, barsel samt det kirurgiske inngrepet.

Resultater:

Vi fant at forekomsten av postoperative infeksjoner var 4% i studieperioden. 97% av infeksjonene forekom hos kvinner forløst med akutt keisersnitt. Det var kun to av infeksjonene som stammet fra elektive keisersnitt. Fedme med pregravid BMI ≥ 30 kg/m² (OR 2,8, 95%CI 1,2-7,0), pre-eksisterende psykiatrisk sykdom (angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse) (OR 4,4, 95% CI 1,1-17,6), blodtransfusjon under eller etter keisersnitt (OR 5,1, 95% CI 1,4-18,8) og tegn til infeksjon under fødsel (kliniske tegn på chorioamnionitt) (OR 2,0, 95% CI 1,0-5,4) var uavhengige risikofaktorer for postoperativ infeksjon.



Konklusjon:

Kvinner forløst med akutt keisersnitt med en eller flere av de identifiserte uavhengige risikofaktorer, bør overvåkes nøye mtp. utvikling av postoperativ infeksjon. Vår rutine hos førstegangs fødende friske, slanke kvinner som forløses med elektive keisersnitt, der vi ikke gir profylaktisk antibiotika, synes adekvat. Det er på bakgrunn av vår studie fortsatt holdepunkt for profylaktisk antibiotika til kvinner som forløses med akutt keisersnitt. Forlenget antibiotikaprofylakse hos kvinner som forløses med akutt keisersnitt med en eller flere av de påviste risikofaktorene fedme, blodtransfusjon eller klinisk chorioamnionitt er per i dag ikke klinisk retningslinje i Norge, men bør vurderes innført. Pre-eksisterende psykiatrisk sykdom som uavhengig risikofaktor for postoperativ infeksjon krever ytterligere forskning mtp. årsakssammenhenger.

High dimensional analysis of FIGO stage IB endometrial carcinomas

Hilde E. Lien^{a,b}, Hege F. Berg^{a,b}, Erling A. Høyvik^{a,b}, Jone Trovik^{a,b}, Lars A. Akslen^a, Ingfrid S. Haldorsen^b, Camilla Krakstad^{a,b}

^a Centre for Cancer Biomarkers, Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

^b Seksjon for gynekologi og obstetikk, Haukeland Universitetssykehus

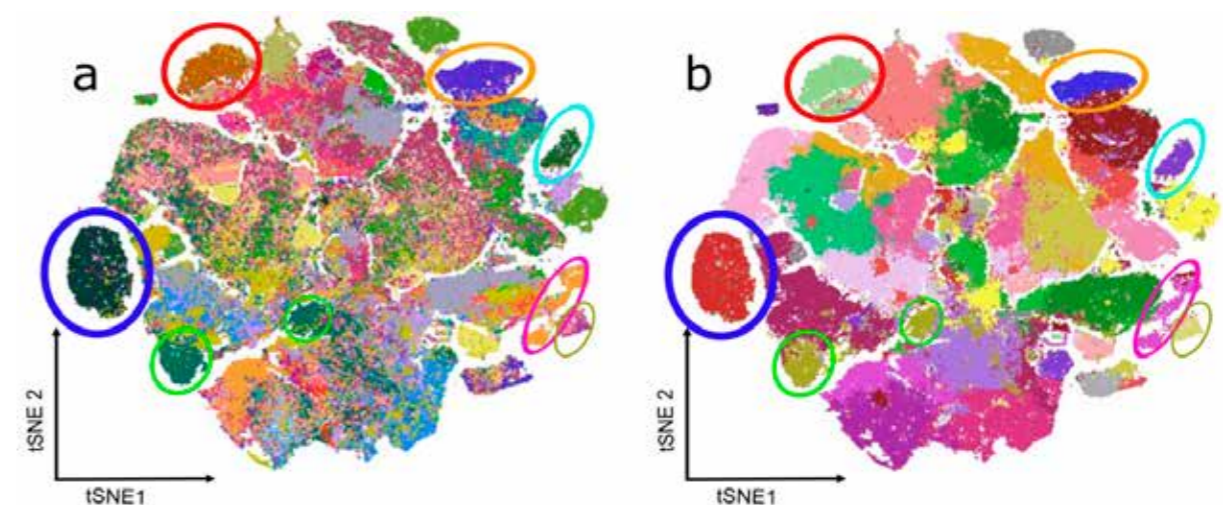
Endometriekreft er den vanligste gynekologiske krefttypen, med rundt 700-800 nye tilfeller hvert år i Norge. Kreften oppstår i slimhinnen i livmoren og rammer som oftest kvinner som har passert overgangsalderen. Et vanlig symptom er blødninger etter overgangsalderen, og det fører til at sykdommen ofte blir oppdaget på et tidlig stadium. I Norge ligger 5-års overlevelse på 86,6%. Kreft som ikke har spredd seg utenfor livmorhulen blir klassifisert med FIGO-systemet som FIGO I. Tumorer som har infiltrert >50% av myometriet blir klassifisert som FIGO IB. Pasienter med FIGO IB tumorer har generelt god overlevelse, men likevel er det noen som får tilbakefall.

I denne studien har vi inkludert 40 FIGO IB tumorer, der halvparten residiverte. For å undersøke hva som skiller de tumorene som residiverer fra de som ikke gjør det, brukte vi et panel med 27 antistoffer som er festet til sjeldne metallatomer. Disse 27 antistoffene ble brukt til å «farge» små biter av tumorene før et flerkanals billedgenererende apparat (*Hyperion Imaging System*), detekterte metallatomene på antistoffene og digitalt rekonstruerte et bilde av tumorbiten. På bakgrunn av de 27 antistoffene kunne vi identifisere flere ulike celletyper innad i tumoren, og ved å digitalt segmentere bildene kunne vi trekke ut informasjon fra hver enkelt celle. En algoritme (t-SNE) ble brukt for å visualisere alle enkeltcellene. En annen algoritme (Phenograph) ble brukt til å gruppere cellene basert på hvor like de er hverandre.

Ved å sammenligne grupperingen av tumorene og enkeltcellene, så vi at noen kreftcellepopulasjoner bare finnes i en tumorprøve (Figur 1). Det kan indikere at kreftceller fra en tumor er mer lik seg selv enn kreftceller fra andre tumorer.



I tillegg gjennomførte vi en hierarkisk clustering på uttrykket av alle proteinene i tumorene. Det gav oss 3 distinkte tumorgrupper, der tumorgruppen som hadde høyere uttrykk av proteinet Vimentin hadde bedre residivfri overlevelse enn tumorer som hadde lavere uttrykk av Vimentin og tumorer som hadde høyere uttrykk av proteinet α -smooth muscle actin.



Figur 1: Visualisering av enkeltceller i t-SNE plot. En liten «prikke» er en enkelt celle. Celler som er likere hverandre ligger nærmere hverandre i plottet. a) De ulike fargene indikerer ulike tumorprøver. b) De ulike fargene indikerer unike cellepopulasjoner funnet via Phenograph clustering. Ringene illustrerer noen av kreftcellepopulasjonene som man finner igjen i bare en tumorprøve.

Hva gjør vi med mammamagen?

Nina-Margrethe Tennebekk Theodorsen¹, Inger Haukenes¹, Kari Bø² og Rolf Moe Nilsen¹

¹Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Norway

²Department of Sports Medicine, Norwegian School of Sport Sciences, Oslo, Norway

Bakgrunn: Diastasis Recti Abdominis (DRA) er en vanlig følge av svangerskapets belastning på kvinnekroppen. Det er rapportert at opptil 70% av gravide kvinner og 60% av kvinner som har født opplever at bindevevet mellom muskelbukene til m. rectus abdominis svekkes og strekkes, og inter-rectus avstanden (IRA) økes. Tilstanden er også assosiert med økt forekomst av bekken- og ryggmerter og urininkontinens. Kvinner står langt oftere enn tidligere overfor krav om kroppslig perfektjon både under og etter svangerskap og blir tilbudt dyre og udokumenterte behandlingstilbud. Til tross for høy forekomst er forskning på rectus diastase i svangerskapet begrenset, og vi har manglende kunnskap om både effekt av ulike treningsformer og hvilken behandling fysioterapeuter kan tilby disse kvinnene.

Målsetning: Øke kunnskapsgrunnlaget rundt svangerskapsrelatert rectusdiastase og fyller viktige kunnskapshull om effekten av øvelser på svangerskapsrelatert rectusdiastase, samt bidra til økt kunnskap om hvordan forebygge og redusere tilstanden. Utfallsmål er endring av IRA målt i mm, med ultralyd.

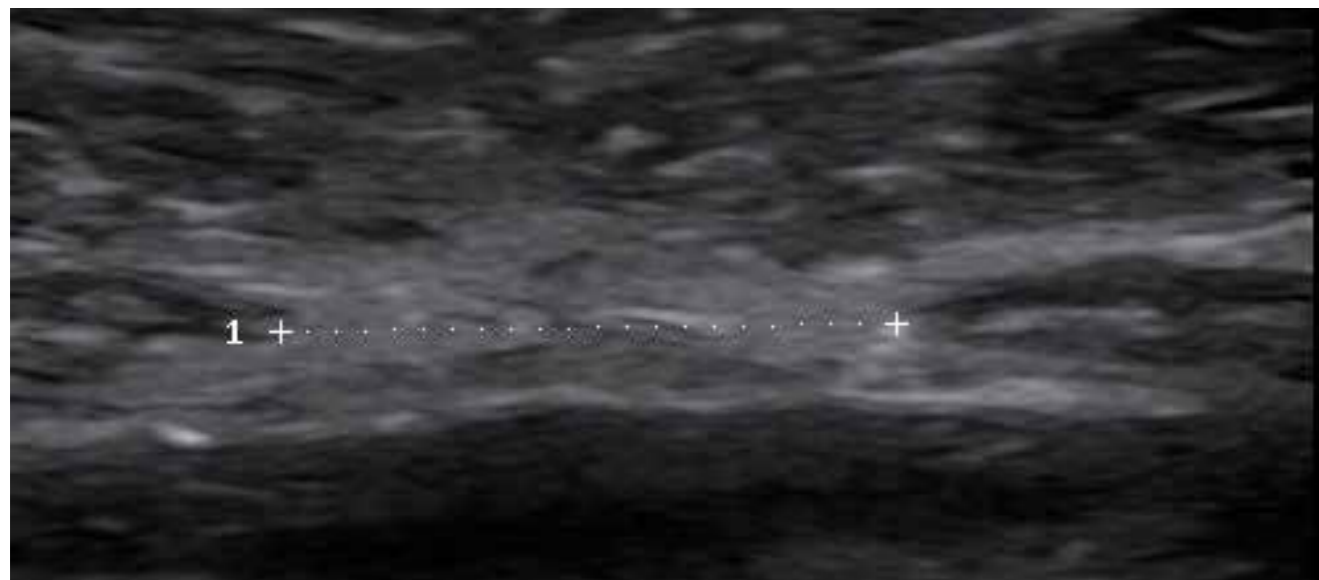
Metode: Studie 1: Undersøke hvordan kontraksjon av bekkenbunnsmuskulatur og ulike mageøvelser påvirker

inter-rectus avstanden hos gravide kvinner med DRA. Totalt 38 gravide kvinner med DRA er inkludert. Det er gjort målinger i svangerskapsuke 27 og 37. Datainnsamling er ferdig, dataanalyser pågår.

Studie 2: Risikofaktorer for å utvikle tilstanden i svangerskapet vil bli undersøkt i en kohort studie (n=120), der en samler inn bakgrunnsdata i svangerskapsuke 20, for deretter å måle for DRA i svangerskapsuke 37. Rekruttering og datainnsamling pågår.

Studie 3: Randomisert kontrollert studie (n=100) på både kort- og langtidseffekt av et spesifikt 12-ukers treningsprogram gjennomført i svangerskapet. Utfallsmål er inter-rectus avstanden, målt umiddelbart etter intervensjon (svangerskapsuke 37), 6 uker, 6 måneder og 12 måneder etter fødsel. Rekruttering og datainnsamling pågår.

Dataanalyse: Data vil bli analysert og presentert i henhold til internasjonale STROBE- og CONSORT-retningslinjer. Dataanalyser i studie 3 vil analyseres i henhold til «intention to treat» prinsippet.



Bilde 1: Inter-rectus avstanden (IRA) markert med stiplede linje.

Gelisse
Østrogen

ATC-nr.: G03CA04.

VAGINALGEL 50 µg/g; 1 g inneholdt: 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 innholdstoffene. Porfyri.

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

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

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

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

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 31.08.2021. Gelisse, VAGINALGEL: Styrke: 50 µg/g. Pakning: 30 g (tube). For aktuell utsalgspris se www.legemiddelsok.no. Refusjon/Byttegruppe: -/- . Reseptgruppe C.

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

Behandling ved vaginal atrofi

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

EFFEKT
Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹⁻⁴

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

VAGINALGEL
Adhesiv, smørende og lindrende¹

RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL

Gelisse[®]

50 µg østriol/g vaginalgel

Etablering av organoid plattform for kreft i eggstokkene

Christiane Helgestad Gjerde¹, Anika Langer¹, Gorka Ruiz de Garibay¹, Robert Willoughby¹, Elvira García de Jalón¹, Katrin Kleinmanns¹, Ben Davidson², Emmet McCormack^{1,3,4}, Line Bjørge^{1,5}

¹ Centre for Cancer Biomarkers CCBIO, Department of Clinical Science, The University of Bergen. ² Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, The University of Oslo
³ Centre for Pharmacy, Department of Clinical Science, The University of Bergen. ⁴ Vivarium, Department of Clinical Science, The University of Bergen. ⁵ Department of Obstetrics and Gynaecology, Haukeland University Hospital

Eggstokkreft er den nest hyppigste formen for underlivskreft i den vestlige del av verden, og i Norge blir 500 kvinner diagnostisert med sykdommen hvert år. Behandlingen som tilbys er en kombinasjon av kirurgi og kjemoterapi. Prognosen for kvinnene med denne sykdommen er fortsatt dårlig, og mindre enn 50% bli kurert. Dette skyldes hovedsakelig at sykdommen allerede har spredt seg på diagnosetidspunktet, samt utvikling av medikament-resistens. En av de største utfordringene er å forstå hvorfor pasienter med lignende sykdoms karakteristika responderer ulikt på det samme primære behandlingsregimet. Organoider er in vitro, tredimensjonale vevskulturer. De er et lovende verktøy for valg av persontilpasset behandling.

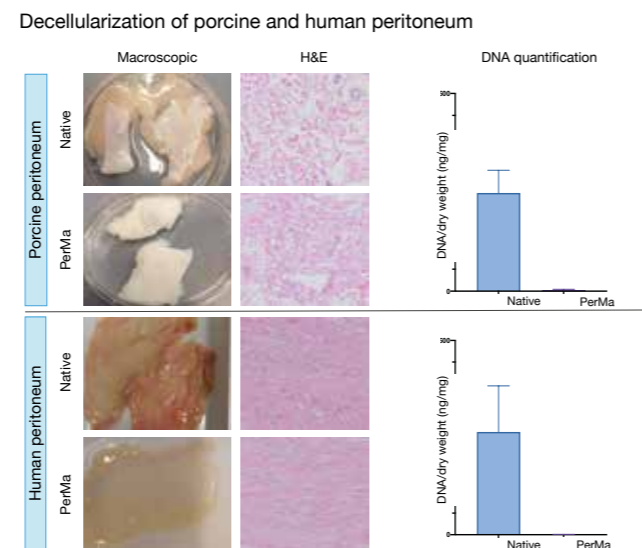
For at cellene skal kunne vokse tredimensjonalt, er de avhengige av tilstedeværelse av ekstracellulær matriks, som er et omgivende nettverk av fiberdannende proteiner og polysakkarider som holder dem på plass. Tradisjonelt brukes en kunstig løsning som lages av basalmembraner. Denne kalles Matrigel og består av en gelé av proteinfibre fra sarkomceller fra mus. Fordi proteinsammensetningen og strukturen er ulik den ekstracellulære matriks som finnes i vev, har det de siste årene blitt etablert metoder som muliggjør fjerning av alt cellulært materiale, samtidig som den vevsspesifikke ekstracellulære matriksen bevares.

Målsetningen med prosjektet er å etablere en organoid plattform for kreft i eggstokkene. I prosjektet brukes decellulært peritonealvev som ekstracellulær matriks. I første del av prosjektet er metodikk for dette blitt etablert. Vev både fra mennesker (peritoneum) og fra gris (peritoneum, tarm) er blitt analysert og nærmere karakterisert biokjemisk. Den peritoneale plattformen representerer et system som er mer sykdomsspesifikt enn tidligere

etablerte modeller. Undersøkelser av decellulært peritonealvev fra pasienter med eggstokkreft pågår.

Vi har også dyrket kreftceller fra eggstokkreft på det decellulære peritonealvevet. Vevet, som er semipermeabelt, blir spent ut og fiksert før cellene blir sådd ut direkte på vevet. Cellene deler seg og vokser med et lignende mønster som man ser in vivo. Dette viser at bruk av vevsspesifikk ekstracellulær matrix er viktig ved etablering av in vivo-lignede tredimensjonale cellekulturer.

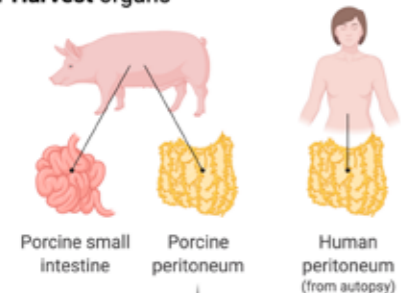
Vi håper at den etablerte plattformen vil danne basis for bedre forståelse av biologiske egenskaper ved svulstene og for hvordan vi bedre kan målrette behandling for hver enkelt pasient.



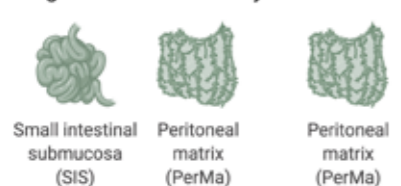
Figur 1 (over): Nativt og decellulært peritoneum fra gris (øverste panel) og menneske (nederste panel). Farging med hematoxylin og eosin (H&E) og kvantifisering av DNA bekrefter at alt cellulært materiale ble fjernet fra vevet.

Figur 2 (venstre): Studiedesign: Peritoneum og tarm ble samlet og celler fjernet. Decellulært vev ble karakterisert med H&E-farging, DNA-kvantifisering og undersøkelse av diffusjon av små og store molekyler gjennom vevet. Videre ble kreftceller fra eggstokkreft dyrket på vevet.

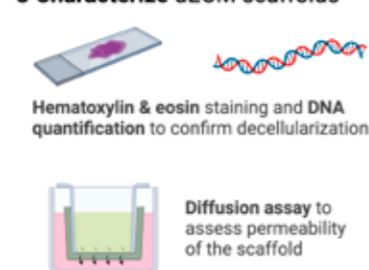
1 Harvest organs



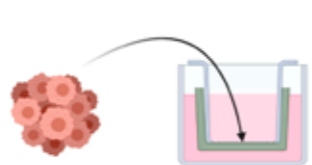
2 Decellularize with detergent and DNase enzyme



3 Characterize dECM scaffolds



4 Cell culture of three ovarian cancer cell lines



Postpartum blødning (PPB) – Gjentakelsesrisiko?

Linde LE, Ebbing C, Moster D, Kessler J, Baghestan E, Gissler M, Rasmussen S.

Recurrence of postpartum hemorrhage in relatives: A population-based cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021.

«Alle i min familie har hatt kompliserte fødsler». Kommentarer som dette gav den opprinnelige ideen til prosjektet, og vi bestemte oss for å studere gjentakelsesrisikoen for alvorlige fødselskomplikasjoner.

I forskningen vår benytter vi data fra Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrå. Det første utfallet vi ønsket å undersøke var postpartum blødning (PPB), primært definert som blødning mer enn 500 ml, men også over 1500 ml. I følge WHO er PPB den direkte-årsaken som alene bidrar mest til mødredødeligheten i verden. I siste utgave av Gynekologen kunne vi lese at det i perioden 2012-2018 ikke var noen som døde av PPB ved Norske sykehus, men i fødselsregisteret er det likevel en økende forekomst av registrerte blødninger i forbindelse med fødsel, og i 2017 ble det registrert blødning på mer enn 500 ml i nesten hver tredje fødsel her i landet.

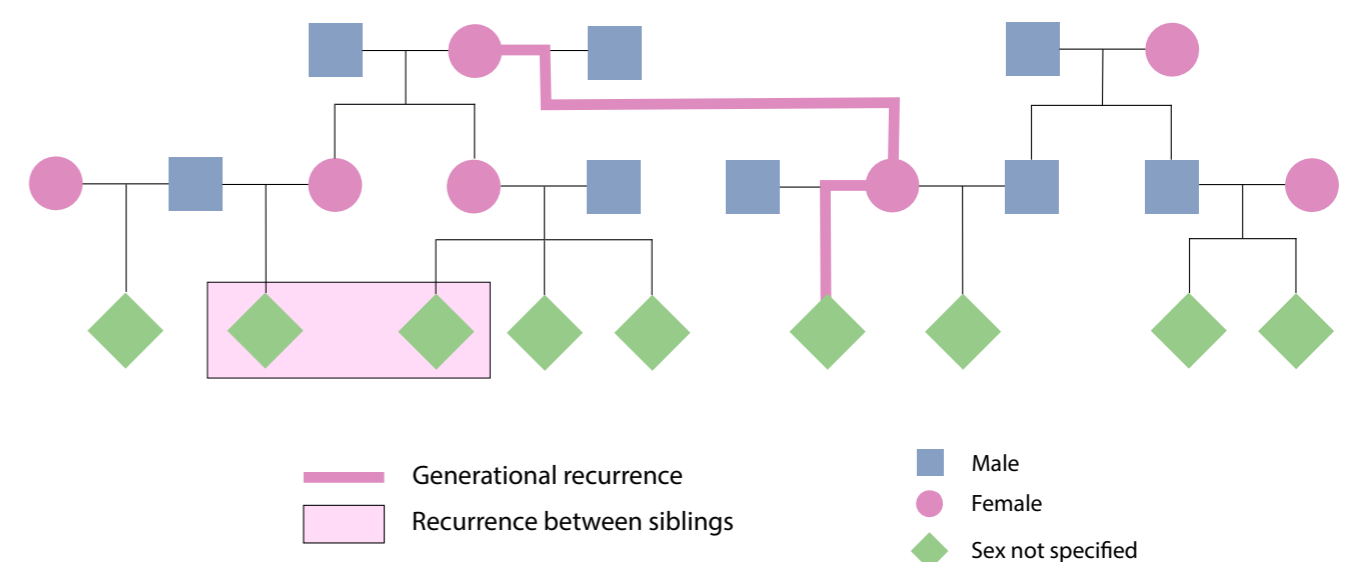
I første del av prosjektet undersøkte vi gjentakelse av PPB i samme kvinne. Deretter så vi på gjentakelsesrisiko for PPB mellom søsken og generasjoner, og nå går vi mer i dybden innen de spesifikke årsakene til PPB.

Foreløpig har vi publisert overnevnte studie om gjentakelsesrisiko over generasjoner og mellom søsken, og det var utvalgte resultater fra denne studien som ble presentert på forskningsdagen til Kvinneklinikken i Bergen. I denne studien benyttet vi flernivå logistisk regresjon til å undersøke gjentakelsesrisiko for PPB mellom slektninger, illustrert i slektstree (Figur 1). I tillegg til dette gjennomførte vi sensitivitetssanalyser for å teste resultatenes



robusthet mot ukjente konfoundere. Hovedfunnene våre var at det var økt gjentakelsesrisiko over generasjoner og mellom søsken, og at risikoestimaten samsvarte med andel delte gener mellom slektninger.

Recurrence of postpartum hemorrhage in relatives: a population-based cohort study



Opplevelse av sosial støtte på barsel – en kartleggingsstudie av barselkvinnens opplevelse av mottatt sosial støtte fra helsepersonell

Guro Folgero og Ingrid Husebo, mastergradstudenter i jordmorfag

Bakgrunn: Barselomsorgen i Norge er i endring, og dette innebærer kortere liggetid på sykehus for den nye familien. Studier har vist at sosial støtte i barseltiden er svært betydningsfullt for å hjelpe kvinnen til å håndtere den nye tilværelsen som forelder og for å fremme fysisk og psykisk helse. Hensikten med denne studien var derfor å kartlegge graden av opplevd sosial støtte gitt fra helsepersonell til kvinner som har tilbrakt barseltiden på barselavdelingen.

Metode: Tverrsnittstudie med innhenting av selvrapporterte data gjennom internettbasert spørreskjema besvart innen en uke etter fødsel. Sosial støtte ble definert i henhold til Kahns teori om sosial støtte, som inkluderer underkategoriene: omsorgsfull hjelp, bekreftende hjelp og konkret hjelp. Spørsmålet «I hvilken grad fikk du hjelp/veiledning av pleierne ved barselavdelingen?» ble besvart på skala fra 1 «Jeg trengte ikke hjelp/veiledning», 2 «Fikk ikke i det hele tatt», 3 «Veldig lite», 4 «Litt», 5 «Tilstrekkelig», 6 «Mye» og 7 «Veldig mye hjelp/veiledning». Opplevelsen av mottatt sosial støtte ble definert som gjennomsnittlig score på de ulike (under-) kategoriene.

Resultat: Til sammen 1200 kvinner fra hele landet ble rekruttert til studien, hvorav 1075 besvarelser ble analysert. Kvinnene oppgav en gjennomsnittscore på 4,14 (SD 1,26) av opplevd sosial støtte på barselavdelingen. For underkategorien bekreftende hjelp oppgav de 4,22 (SD 1,35) og for omsorgsfull hjelp 4,14 (SD 1,26). For underkategorien konkret hjelp oppgav kvinnen en gjennomsnittscore på 3,63 (SD 1,43). Grad av opplevd sosial støtte varierte mellom førstegangsfødende og flergangsfødende, der førstegangsfødende i større grad opplevde å motta sosial støtte fra helsepersonell. På samme måte som mht. økende paritet, så vi også at opplevd sosial støtte endret seg med kvinnens alder. Kvinner <37 år oppgav i større grad enn eldre fødekvinner å ha



opplevd sosial støtte, med en score på 4.95 (SD 1.28), som tilsvarer en tilfredsstillende grad av sosial støtte.

Konklusjon: Kvinnene oppgav at de i liten grad opplevde å motta sosial støtte fra helsepersonell under oppholdet på barselavdelingen. I tillegg fant vi at kvinnene opplevde liten grad av bekreftende og omsorgsfull hjelp, samt veldig liten grad av konkret hjelp. Funnene viste også at opplevelsen av sosial støtte varierte for paritet og alder.

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 ≤ 25 mm ved ultralyd i andre trimester) og/eller tidligere spontan for tidlig fødsel.

Utrogestan (progesteron, mikronisert) 200 mg vaginalkapsler, myke. G03DA04. Hjelpestoffer 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 ≤ 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.

Organklassesystem	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, rensed. Alvorlig nedsatt leverfunksjon, Udiagnostisert vaginalblødning, Karsinom i bryster eller genitalier, Tromboflebit,

Tromboembolilidelser, 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, 183,80 kr (godkjent utsalgspris 2021-07-01). **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

Ny KUPP-kampanje om menopausal hormonterapi (MHT)



Harald Chr. Langaas
Cand. Pharm MPH og leder



Ketil Arne Espnes
Spesialist allmennmedisin og klinisk farmakologi
Medisinsk faglig rådgiver



KUPP – Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter er et offentlig finansiert tilbud om produsentuavhengig faglig oppdatering for leger i allmennpraksis. Tilbudet ble opprettet i 2015 og drives av RELIS (regionale legemiddelinformasjonsentre) i samarbeid med de kliniske farmakologiske enhetene ved landets universitetssykehus.

KUPP gjennomfører informasjonskampanjer for ett legemiddelrelatert terapiområde av gangen. Tidligere tema har vært NSAIDs, antibiotika, diabetes type 2 samt opioider ved langvarige smerter. Ny kampanje ble lansert høsten 2021 og handler om menopausal hormonterapi (MHT).

MHT-kampanjen er utarbeidet sammen med Hilde Beate Gudim (Norsk forening for allmennmedisin) og Inger Øverlie, som ledet revisjonen av kapitlet om klimakteriet i Norsk gynekologisk forenings veileder i gynekologi. Sistnevnte ble gjennomført parallelt. Budskapet fra KUPP er i tråd med denne og basert på oppdatert forskning per juni 2021. Hovedbudskapene i kampanjen er gjengitt i boks 1. I kampanjematerialet er bakgrunnen for rådene utdypet, og praktiske råd for hvordan pasientene kan håndteres er gitt. For gynekologer kan det være verdt å merke seg at vi råder fastlegene til å konferere eller henvise til gynekolog ved primær ovarial insuffisiens eller ved tidligere brystkreft.

Hovedbudskap i KUPP-kampanjen Riktigere bruk av menopausal hormonterapi (MHT)

1. MHT er den mest effektive behandlingen av vasomotoriske symptomer (VMS), men nytten av behandling nå må balanseres mot fremtidig risiko for bivirkninger.
2. Ved fravær av kontraindikasjoner er nytte/risiko-forholdet fordelaktig ved MHT for de fleste kvinner, dersom behandling starter i tilslutning til menopause.
3. Kvinner med tidlig menopause (før 45 år) skal tilbys MHT til forventet menopausealder forutsatt at det ikke foreligger kontraindikasjoner.
4. Bruk lavest mulig effektive dose og kortest mulig behandlingstid.

Bakgrunnen for valg av MHT som tema er at mange allmennleger har gitt uttrykk for usikkerhet rundt vurdering av nytte og risiko ved behandling av disse pasientene, etter svært varierende forskningsfunn de siste tiårene. Vi mener derfor at det er et stort behov for faglig oppdatering. Norsk forening for allmennmedisin (NFA) støtter både KUPP som tiltak og MHT som tema for kampanjen. Målet med kampanjen er å øke allmennlegenes kunnskap om oppdatert forskning på området og bidra til at denne pasientgruppen får best mulig behandling hos sin fastlege, basert på en individuell vurdering av nytte og risiko.

Det som skiller KUPP fra andre tilbud om faglig oppdatering er at selve oppdateringen skjer en-til-en. Dette gir en unik mulighet til å tilpasse innholdet i samtalen til den enkelte leges behov. Ulike leger har ulik erfaring og kunnskap på området, noe som gjør at behovet for oppdatering også er ulikt. Det er dessuten godt dokumentert at det faglige utbyttet er større etter en slik en-til-en samtale sammenlignet med å delta i gruppeundervisning.

Vi tror at denne KUPP-kampanjen kan bidra til å sette fokus på en viktig tilstand som reduserer livskvaliteten til mange kvinner, og at flere kvinner kan få hjelp samtidig som risikoen holdes på et minimum.

Fakta om KUPP

- KUPP – Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter er offentlig finansiert og tilbyr produsentuavhengig informasjon om riktigere legemiddelbruk til allmennleger.
- KUPP er basert på metoden academic detailing, og inkluderer et en-til-en møte på 20-30 minutter mellom allmennlegen og lege eller farmasøyt fra KUPP.
- Academic detailing anses for å være den mest effektive metoden for å endre legers forskrivningspraksis. KUPP er dokumentert effektivt i Norge.
- KUPP drives av RELIS og de kliniske farmakologiske enhetene ved universitetssykehusene.
- Mer informasjon: www.legemidler.no.

Inngå et samarbeid med Norges største fertilitetsklinikk.

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

– Dr. Jon W. Hausken



✓ Samarbeider med gynekologer til fertilitetspasientens beste.

✓ Avdelinger i Oslo, Stavanger, Haugesund og Bergen.

✓ Etablert et kundeforhold til nye kunder i ditt område.

✓ Kontakt Jon direkte: jon@klinikkhausken.no



Forskar og rockar. Her frå finalen i Forsker Grand Prix i 2012.

Ragnar Sande

Ragnar Sande er nyvald leiar i Norsk Gynekologisk Forening. Sjølv skildrar han seg som fostermedisiner, forskar, rockar og familiefar, men ikkje i akkurat den rekkefølga.



Øystein Bergøy

LiS ved Stavanger Universitetssykehus og nestleder i FUGO

Eg treff Ragnar på kontoret hans på SUS, der han mellom anna er seksjonsoverlege på fødepoliklinikken, forskarkoordinator og ikkje minst gitarist og vokalist i husbandet «Obstetriske menn». Ein samfunnsdebatant sa ein gong at å bli plassert på bord saman med ein lege var det keisamaste han kunne tenka seg. Dei er blitt mindre interessert i kunst, historie og politikk, og meir einspora fagmenneske, meinte han. Dette gjeld ikkje Ragnar.

- Eg hadde egentleg tenkt meg å bli lærar eller ingeniør, men far min meinte eg burde bli lege sidan eg gjorde det så godt på skulen.

Det hadde kanskje ikkje vore så unaturleg at den unge og lovande Sande skulle søkt seg inn på lærarhøgskulen, ettersom han har

tre generasjonar med lærarar før seg i slektstreet. Oldemor og oldefar Sande var sågar dei første lærarane i Sandane, der Ragnar er oppvaksen.

- Men eg ser medisinen litt som ein omveg til læraryrket.

Undervisning av studentane gjennom si stilling som førsteamanuensis ved universitetet i Bergen er noko han sett stor pris på. Han synest det beste med undervisninga er at studentane stiller spørsmål ingen andre torer å spørja. Då eg spør om han vil dela nokre av det han har lært som undervisar dreg han raskt inn erfaringane sine frå deltakinga i Forskar Grand Prix i 2012 (der han forøvrig vann delfinalen i Stavanger):

- Ting treng ikkje vera keisamt, berre det er korrekt.

Han skunder seg å leggja til at han likevel blir stadig meir skeptisk til det som kan oppfattast som gimmickar. Etter at han som medisinstudent underviste sjukepleiarstudentar om green-stick-frakturar har dei som deltok på undervisninga i ettertid huska godt macheten og dukka laga av kvist, men ikkje heilt huska kva type fraktur det blei førest over.



Vi minner om at røntgen pelvimetri er indisert berre ved seteleie, og knapt nok då. Her er påtroppende leiar i fyrste hodeleie i mars 1973.

Vegen til fostermedisinen var ikkje alltid like klar, sjølv etter han hadde høyrte på far sin og starta på medisinstudiene ved universitetet i Bergen. Det første steget tok han då han var student med lisens ved Sandviken sykehus, på ein psykiatrisk sengepost. Ein pasient dei hadde var dehydrert og hadde behov for intravenøs væskebehandling. Sidan ingen av personellet der kunne leggja inn venflon, blei ho køyrt med ambulanse til Haukeland for dette. Den vordande cand. med. tenkte han måtte læra seg prosedyrar. Det måtte bli somatikken.

Etter endt studie bar det til Hammerfest i turnusteneste. Der blei han eksponert for gynekologifaget gjennom Kåre Augensen og Ingrid Petrikke Olsen. Sidan han hadde fått seg kjærast, si framtidige kone Anne som framleis var medisinstudent ved UiB, var hovudprioriteten å få seg ein jobb i vestlandets andre by. Der var det tilfeldigvis ei ledig stilling på Kvinneklubben.

- På intervjuet fekk eg følgjande to politisk ukorrekte spørsmål: «Er du mann?» og «Er du norsk?»

Første mars 2002 begynte han dermed karriera si som gynekolog på Ø-hjelps gynpol. Det var like greitt, ettersom han då syntes obstetrikken verka skummel.

Dei som har observert Ragnar i fint driv har fått med seg at mannen liker musikk. Takketalen då han blei annonsert som ny leiar av NGF var songen «Store sko», med ny tekst for anledninga. Songen er nemleg saman med fleire andre ein del av repertoaret til «Obstetriske menn». Bandet består, i tillegg til Ragnar, av tre gode kollegaer frå Kvinneklubben ved SUS. Sjølv kan underteikna fortelja at han stadig nynnir til slagarane «Det blør» (melodi: «Love Hurts»), «Det var tort då eg lukka», og «Der hvor solen



Lege og familiefar. Det er framleis lov for overleger å kline med LIS, så framtidig ekteskap er inngått på førehand. Korte overleger kan nytte seg av Turnbull's Obstetrics for å nå målet.

aldri skinner» (melodi: ein eller annan bedehussalme) i meir eller mindre passende arbeidssituasjonar. På spørsmål om korleis tekstane blir til svarer Ragnar:

- Eg står for dei fleste, medan Olav (Nordbø red. anm.) står for dei beste.

Med alle sine arbeidsoppgåver, verv, hobbyar og fire barn heime lurer ein sjølv sagt på korleis det blir tid til alt dette. Han forklarar at han har ei god og tålmodig kone. Vidare fortel han om hjelp frå mange flinke folk rundt seg: alt frå ei svigermor som kan passa ungane til god støtte hjå leiinga ved Kvinneklubben for å driva forskning.

Som leiar i NGF har Ragnar spesielt to ting han ønskjer å arbeida for. Han meiner undervisninga medisinstudentane får i faget vårt med fordel kan styrkast.

- Det opplevast ofte som ei salderingspost.

I tillegg har han eit hjarta for distriktssjukehusa og meiner NGF burde sjå om dei kan hjelpa dei med å styrka fagmiljøa sine. Det å auka attraktiviteten med å jobba på eit lite sjukehus kan kanskje oppnåast gjennom fleire tiltak, seier han. Han meiner at løn og tilbod for tilsette om å reisa på kurs og hospitering kunne vore noko distriktssjukehusa kunne sett på. Men også marknadsføring av staden sjukehuset ligg på kan vera ein interessant strategi. Her trekk han fram Voss og deira profilering på friluftsliv som eit godt eksempel.

Ein forstår at NGF har fått seg ein engasjert leiar med mange interessefelt. Me ønskjer Ragnar lukke til i sitt nyaste verv!

Vagifem® 10 µg: Utvalgt sikkerhetsinformasjon^{4,5}

Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset.

Reseptfri bruk: Til kvinner etter overgangsalderen (etter siste regelmessige menstruasjonsperiode): Behandling av plager i skjeden som skyldes mangel på østrogen.

Ved oppstart og ved fortsatt behandling av postmenopausale symptomer bør den laveste effektive dose brukes over kortest mulig tid.

Bivirkninger:

- Vanlige (≥1/100 til <1/10): Hodepine, magesmerter, vaginal blødning, utflod og vaginalt ubehag.
- Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):
- Kvalme, hetetokter, hypertensjon, utslett, vulvovaginal mykotisk infeksjon, økt vekt.

Se SPC vedrørende risikoestimer for brystkreft, ovariekreft, venøs tromboembolisme, koronar arteriell sykdom og iskemisk slag.

Advarsler og forsiktighetsregler:

Risiko kontra nytte vurderes grundig minst en gang pr. år og hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bør bare forsettes så lenge nytten oppveier risikoen.

Referanser: 1. Sturdee DW & Panay N, Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. Climacteric 2010;13(6):509–522 2. DiBonaventura M, Luo X, Moffatt M, et al.The Association Between Vulvovaginal Atrophy Symptoms and Quality of Life Among Postmenopausal Women in the United States and Western Europe. Journal of women's health 2015;24(9):713–722 3. R.E. Nappi & M. M Kokot-Kierpa, (2012) Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (ViVA) –results from an international survey,Climacteric, 15(1): 36-44, DOI: 10.3109/13697137.2011.647840 4. Vagifem® 10 µg SPC avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.8 og 5.2 (sist oppdatert 04.09.2020) 5. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/vagifem-10-ug-no-nordisk-568216> (lest 08.feb.2021) 6. Dugal R, Hesla K, Sordal T, et al. Comparison of usefulness of estradiol vaginal tablets and estriol vagitories for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79(4):293–297 7. Simon J, Nachtigall L, Gut R, et al. Effective treatment of vaginal atrophy with an ultra-low-dose estradiol vaginal tablet. Obstet Gynecol. 2008;112(5):1053–1060. 8. Hosseinzadeh, P. Ghahiri, A.Daneshmand,F. et al. A comparative study of vaginal estrogen cream and sustained-release estradiol vaginal tablet (Vagifem) in the treatment of atrophic vaginitis in Isfahan, Iran in 2010-2012, Journal of Reaserch in Medical Sciences, 2015 Dec; 20(12) 1160-1165

Vagifem 10 µg «Novo Nordisk»

CF Østrogen. ATC-nr.: G03C A03

VAGINALTABLETTER 10 µg: Hver vaginaltablett inneh.: Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 10 µg, laktose, hjelpestoffer. Filmrasje.

Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset. **Reseptfri bruk:** Til kvinner etter overgangsalderen (etter siste regelmessige menstruasjonsperiode): Behandling av plager i skjeden som skyldes mangel på østrogen.

Dosering: Lokal østrogenbehandling. **Startdose:** 1 vaginaltablett daglig i 2 uker. Behandlingen kan startes på en hvilken som helst passende dag. **Vedlikeholdsdose:** 1 vaginaltablett 2 ganger i uken.

Generelt: Ved oppstart og ved fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør lavest effektiv dose brukes over kortest mulig tid. Siden systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå, anbefales ikke tillegg av gestagen. Preparatet kan brukes av kvinner med eller uten intakt uterus. Vaginale infeksjoner bør behandles før behandling med Vagifem startes. **Glemte dose:** Bør tas så snart pasienten husker det. Dobbel dose bør unngås. **Administrering:** Føres inn i skjeden vha. applikator. Følg nøye bruksanvisning som beskrevet i pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente, tidligere eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjente trombofile sykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel eller antitrombinmangel). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Porfyri.

Forsiktighetsregler: Ved behandling av postmenopausale symptomer bør hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. I alle tilfeller bør nytte/risiko vurderes grundig minst 1 gang pr. år, og HRT bør bare forsettes så lenge nytten oppveier risikoen. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og en nøye generell klinisk undersøkelse (inkl. underliv og bryst) bør foretas før behandling initieres eller gjeninnsettes. Under behandlingen bør pasienten følges opp rutinemessig. Kvinnen bør rådes om hva slags forandringer i brystene som bør rapporteres til legen. Undersøkelser, inkl. egnet billeddiagnostikk, f.eks. mammografi, bør foretas iht. gjeldende screeningpraksis og tilpasses den enkelte. Data viser at det er svært lav systemisk absorpsjon av østradiol under behandling, men siden Vagifem er et HRT-preparat er det imidlertid nødvendig å ta følgende tilstander i betraktning, spesielt ved langtidsbehandling eller ved gjenopptatt behandling. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller forverret seg under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør pasienten følges nøye opp: Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer, f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft, hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, kolelitiatis, migrene eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Residiv eller forverring av tilstandene nevnt over er mindre sannsynlige enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant blodtrykkssøkning, nye anfall av migrenelignende hodepine og graviditet. **Endometriehyperplasi og karsinom:** Kvinner med intakt uterus med unormale blødninger av ukjent etiologi eller kvinner med intakt uterus som tidligere er behandlet med østrogen alene, bør undersøkes spesielt nøye for å utelukke mulig hyperstimulering/malignitet av endometriet før behandlingsoppstart. Langtidsbehandling med systemiske østrogen er alene ved intakt uterus øker risikoen for endometriehyperplasi og karsinom. Siden systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå ved bruk av Vagifem, anbefales ikke tillegg av gestagen. Under behandling kan det hos noen pasienter forekomme en liten grad av systemisk absorpsjon, spesielt i løpet av de første 2 ukene med administrering 1 gang daglig. Endometriesikkerhet ved langtidsbruk (>1 år) eller gjenopptatt bruk av lokal vaginalt administrert østrogen er uklart. Derfor bør behandlingen, hvis den gjenoppas, evalueres minst 1 gang pr. år, spesielt med henblikk på alle mulige symptomer på endometriehyperplasi eller karsinom.

Østrogensubstitusjonsbehandling bør ikke forskrives i >1 år uten at nyligeundersøkelse foretas, inkl. gynecologisk undersøkelse. Ved blødning eller sporblødning under behandlingen bør årsaken utredes. Dette kan inkludere endometriebiopsi for å utelukke endometriemalignitet. Kvinnen bør rådes til å kontakte legen ved blødning eller sporblødning. Stimulering med østrogen alene kan føre til premalign eller malign transformasjon i gjenværende endometriosevev. Det anbefales derfor å utvise forsiktighet ved bruk hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, spesielt hvis det er kjent at de har rester igjen av endometriosen. **Risiko for følgende er forbundet ved systemisk HRT, og gjelder i mindre grad for Vagifem hvor systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå, risikoene bør imidlertid vurderes ved langtidsbruk eller ved gjentatt bruk av dette preparatet: Brystkreft:** Epidemiologiske data antyder ingen økning av brystkreftisiko hos kvinner uten brystkreft i anamnesen og som tar lavdose vaginalt østrogen. Det er ukjent om lavdose vaginalt østrogen stimulerer tilbakefall av brystkreft. **Ovariekreft:** Epidemiologiske funn fra en stor metaanalyse antyder noe økt risiko hos kvinner som bruker systemisk HRT med østrogen alene. Økt risiko vises innen 5 års bruk, og avtar over tid etter at behandlingen er avsluttet. **Venøs tromboembolisme:** Systemisk HRT er forbundet med en høyere risiko (1,3-3 ganger høyere risiko) for å utvikle venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Forekomsten av et slikt tilfelle er mer sannsynlig i det 1. året av behandlingen. Pasienter med kjent trombofile tilstander har en økt risiko for VTE, og HRT kan øke denne risikoen ytterligere. HRT er derfor kontraindisert hos disse. Hvis pasienten må immobiliseres i lengre tid etter elektiv kirurgi, anbefales det å stoppe HRT-behandlingen midlertidig i 4-6 uker før inngrepet. Behandling bør ikke gjenoppas før kvinnen er fullstendig mobilisert igjen. HRT er kontraindisert ved familier trombofil tilstand som har gitt seg utslag i trombose hos et familiemedlem, eller hvis det foreligger en alvorlig koagulasjonsdefekt (f.eks. antitrombin-mangel, protein S-mangel, protein C-mangel eller en kombinasjon av defekter). For kvinner som allerede får kronisk antikoagulasjonsbehandling kreves det grundig vurdering av nytte/risiko ved bruk av HRT. Pasienten bør informeres om å kontakte lege umiddelbart ved mulige symptomer på tromboemboli (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselig brystsmerte, dyspné). **Koronar arteriesykdom:** Data har ikke vist noen økt risiko for koronar arteriell sykdom hos hysterektomerte kvinner som behandles med systemisk østrogen alene. **Iskemisk slag:** Systemisk behandling med østrogen alene er forbundet med en opp til 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativ risiko forandres ikke med alder eller tid siden menopause. Risiko for slag ved baseline er likevel svært aldersavhengig, og total risiko for slag ved bruk av HRT vil øke med alderen. **Andre tilstander:** Østrogen kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon bør derfor følges opp nøye. Kvinner med pre-eksisterende hypertriglyseridemi bør følges nøye, da sjeldne tilfeller av forhøyede plasmatriglyseridnivåer har ført til pankreatitt. Østrogen øker tyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt tyreoidhormon. Opptak av T3 resin reduseres, noe som reflekterer forhøyet TBG. Konsentrasjonene av fritt T4 og fritt T3 er uforandret. Andre bindende proteiner, som kortikoidbindende globulin (CBG) og kjønnshormonbindende globulin (SHBG), kan være forhøyet i serum, og gi økte konsentrasjoner av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnshormoner. Andre plasmaproteiner kan økes (angiotensinogen/renin substrat, alfa-I-antitrypsin, ceruloplasmin). Den minimale systemiske absorpsjonen av østradiol ved lokal vaginal administrering resulterer sannsynligvis i mindre uttalt effekt på plasmabindende proteiner enn systemiske hormoner. Bruk av HRT forbedrer ikke kognitiv funksjon. Det er noe evidens for økt risiko for sannsynlig demens hos kvinner som starter behandling med kontinuerlig kombinert HRT eller HRT med østrogen alene etter fylte 65 år. Intravaginal applikator kan forårsake et mindre alvorlig lokalt traume, spesielt hos kvinner med sterk uttalt vaginal atrofi. Det er begrenset med evidens vedrørende risikoen knyttet til HRT i behandlingen av premenat menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan likevel balansen av nytte og risiko være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre kvinner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Pga. vaginal administrering og minimal systemisk absorpsjon er klinisk relevante interaksjoner usannsynlig. Interaksjoner med annen lokal vaginal tilført behandling bør i midlertid vurderes. **Graviditet, amming og fertilitet:** Ikke indisert ved graviditet eller amming. Blir kvinnen gravid skal behandlingen avsluttes umiddelbart. **Bivirkninger. Fra kliniske studier:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmerte. Kjønnsgorganer/bryst: Vaginal utflod, vaginalblødning, vaginalt ubehag. Nevrologiske: Hodepine. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Utslett. Infeksiøse: Vulvovaginal soppinfeksjon. Kar: Hetetokter, hypertensjon. Undersøkelser: Økt vekt. **Etter markedsføring:** Spontanrapportert med Vagifem 25 µg og som har mulig sammenheng med behandling: Svært sjeldne (<1/10 000): Gastrointestinale: Diaré. Generelle: Ineffektivt legemiddel. Hud: Erytematøst utslett, genital kløe, kløende utslett, urticaria. Immunsystemet: Systemisk hypersensitivitetsreaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon/sjokk). Kar: Dyp venetrombose. Kjønnsgorganer/bryst: Endometriehyperplasi, vaginal irritasjon, vaginal ulcerasjon, vaginalsmerte, vaginisme. Nevrologiske: Forverret migrene. Psykiske: Insomni. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Svalster/cyster: Brystkreft, endometriekreft. Undersøkelser: Økt vekt, økt østrogennivå i blod. **Bivirkninger ved systemisk østrogen/gestagen-behandling (ukjent om disse gjelder lokal behandling):** Galleblæresykdom, kloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura. Mulig demens >65 år. **Klasseeffekter forbundet med systemisk HRT (gjelder i mindre grad Vagifem hvor systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå):** Se SPC vedrørende risikoestimer for ovarialkreft, venøs tromboembolisme og iskemisk slag. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er ikke sannsynlig pga. lav østradioldose. **Behandling:** Symptomatisk. Se Giftnormasjonens anbefalinger for østrogen G03C på www.felleskatalogen.no.

Egenskaper: **Klassifisering:** Syntetisk 17-β-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol til lokal bruk i vagina. **Virkningsmekanisme:** Substituerer redusert østrogenproduksjon, og lindrer symptomene på vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Steroidreseptorkompleks bindes til cellenes DNA og induserer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er østrogenavhengig. Østrogen øker antall overflateceller og intermediære celler og reduserer antall basalceller i vaginalt uttrykk. Østrogen opprettholder vaginal pH på normalnivå (ca. 4,5), noe som fremmer normal bakteriefloora. **Absorpsjon:** Absorberes godt gjennom hud, slimhinner og mage-tarmkanal. First pass-metabolisme unngås ved vaginal administrering. **Metabolisme:** Hovedsakelig i leveren til sulfat- og glukuronidkonjugater. **Utskillelse:** Via urin.

Pakninger uten resept: 18 vaginaltabletter er unntatt fra reseptplikt. **Pakninger og priser:** 18 stk. (blister) kr *. 24 stk. (blister) kr 249,80 (trinnspris 148,60).

Sist endret: 09.12.2020 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 04.09.2020 **Pris per** september 2021

*Denne pakningen selges uten resept, maksimal utsalgspris kan derfor ikke angis.

NO21VG00014 Aug 2021

*Denne pakningen selges uten resept, maksimal utsalgspris kan derfor ikke angis.

*Denne pakningen selges uten resept, maksimal utsalgspris kan derfor ikke angis.



Novo Nordisk Norway AS

Nydalsveien 28, Postboks 4814 Nydalen, 0484 Oslo · NO 918 229 353 MVA

Kundeservice tel.: 22 18 50 51 · kundeservice-norge@novonordisk.com · www.novonordisk.no



Vagifem® 10 mikrogram – nå også reseptfritt[‡]



Vaginal atrofi rammer omtrent halvparten av alle postmenopausale kvinner, som følge av at østrogenproduksjonen avtar^{1,2}

Smerter og ubehag i vagina som følge av vaginal atrofi påvirker kvinners sexliv negativt³

Vagifem® 10 µg

Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset.⁴

Reseptfri bruk: Til kvinner etter overgangsalderen (etter siste regelmessige menstruasjonsperiode): Behandling av plager i skjeden som skyldes mangel på østrogen.⁵



Lokalbehandling med lav systemisk absorpsjon^{*5}

Gir mindre lekkasje enn vagitorier^{**6} og er mer hygienisk i bruk enn kremer^{***8}

Lindrer plagsomme symptomer som tørrhet, kløe, sårhet, smertefull vannlatning og smerter ved samleie⁷

[‡] Vagifem® 10 mikrogram vaginaltabletter 18 stk. er tilgjengelig som reseptfritt legemiddel på apotek. Les mer på www.vagifem.no

^{*} I en 12 ukers studie så man at gjennomsnittlig plasma konsentrasjoner av østradiol forble innenfor normalt postmenopausalt nivå for alle personer behandlet med Vagifem® 10 µg.

^{**} Andel kvinner som rapporterte lekkasje i en studie: 6% versus 65%, P ≤ 0,0001. ^{***} Andel kvinner som rapporterte hygieniske problemer i en studie: 0% versus 23%, P < 0,001.



Noreg Rundt

Førde Sentralsjukehus

Naturen på Vestlandet er storslått, og om vi skal seie det sjølv, særskilt i «gamle» Sogn og Fjordane. Med bratte fjell, djupe fjordar og øysamfunn i havgapet er geografiske faktorar essensielle for pasientbehandlinga vår. Det er som kjent litt vêr og vind i vår region, og omgrepet «flyvêr» kjem tidvis opp til diskusjon. Vi er stolte over regionen vår, då ikkje berre naturen, men òg innbyggjarane som med å bu her viser at ikkje alle trenger å bu i by og sentrale strøk for å ha det godt. Vi trivst best i litt grissgrente strøk, og vi ved Kvinneklubben er stolte av å vere ein del av helsetilbodet i denne flotte regionen.



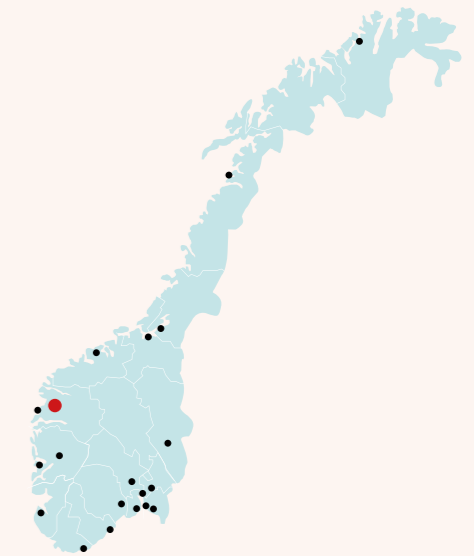
Siri Tangedal Nordeide

Lege i spesialisering

10 420 til 21 960. Sunnfjord kommune ligg i regionen Sunnfjord i lag med tre andre kommunar, men Sogn og Fjordane består òg av regionane Sogn og Nordfjord. Dermed skal Sentralsjukehuset i Førde dekke eit befolkningsgrunnlag på ca 107 000. Det er i tillegg to mindre lokalsjukehus i Lærdal og på Nordfjordeid. Helse Førde har om lag 3000 tilsette og er den største verksemda i Sogn og Fjordane.

Kvinneklubben er ein del av Førde sentralsjukehus si spesialist-eining og har vore i drift sidan 1980. Avdelinga driv poliklinikkar innan gynekologi og obstetikk, operative prosedyrar innan generell gynekologi og utredning/behandling av gynekologisk kreft. Fødeavdelinga vår er lokalisert ved sentralsjukehuset i Førde.

Førde er den største byen i tidlegare Sogn og Fjordane fylke, no del av Vestland fylke. Førde var tidlegare eigen kommune, men blei slått saman med fleire nabokommunar og danna Sunnfjord kommune 01.01.2020. Innbyggartalet steig då frå ca



Tidligere besøkt:

- 1:2021 Voss sjukehus
- 4:2020 Sørlandet Sykehus Arendal
- 3:2020 Sykehuset Telemark
- 2:2020 Drammen sykehus
- 1:2020 Elverum sykehus
- 2:2019 Sandnessjøen sykehus
- 1:2019 Kvinneklubben – Sykehuset Østfold
- 4:2018 Levanger sykehus
- 3:2018 Kvinneklubben OUS
- 2:2018 Kvinneklubben St.Olavs Hospital HF
- 1:2018 Kvinneklubben Rikshospitalet
- 4:2017 Kvinneklubben ved Bærum Sykehus
- 3:2017 Kvinneklubben ved Sørlandet sykehus – Kristiansand
- 2:2017 Kvinneklubben Haugesund Sjukehus Helse Fonna HF
- 1:2017 Kvinneklubben ved Helse Møre og Romsdal – Ålesund
- 4:2016 Kvinneklubben ved Sykehuset i Vestfold Tønsberg
- 3:2016 Kvinneklubben ved Ahus
- 2:2016 Kvinneklubben ved Nordlandssykehuset - Bøddø
- 1:2016 Kvinneklubben i Hammerfest
- 4:2015: Kvinneklubben i Stavanger
- 2:2015: Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen
- 1:2011: Kvinneklubben i Hammerfest

Her foregår òg det meste av den polikliniske versemda, samt alle operative inngrep. Ved lokalsjukehusa på Eid og i Lærdal har vi God Start-einingar med barselavdeling og poliklinisk tilbod. Vi tilbyr rutineultralud i svangerskapsveke 18 ved alle sjukehusa i regionen.

Fødeavdelinga vår har ca. 850-900 fødsjar per år. Vi har fødsjar frå svangerskapsveke 31 etter avtale med nyføddeintensiv og barneavdelinga vår. Truande fødsjar før svangerskapsveke 31 vert overflytta til Kvinneklubben i Bergen. Fødeavdelinga vår har per i dag 4 fødestover, der den eine kallast «Miljøstova». Her er det rom for smertelindring med badekar og evt. vatnfødsel dersom kyndig jordmor er på vakt. Vi tek i mot alle former for risikofødsjar, og fødselsovervåkinga består av CTG-registrering og skalp-laktat ved behov. Vi har døgnbemanning av gynekologar, anestesilegar og LIS på barneavdelinga. Kvinneklubben har i dag totalt 18 sengeplasser som skal romme fødande, barselkvinner og gynekologiske pasientar. Dersom det er kapasitet i avdelinga forsøker vi å tilrettelegge for at far/partner kan få vere med under barseloppaldet. Kvinner heimehøyrande i Sogn og Nordfjord reiser gjerne vidare til God Start-eingane kort tid etter fødsel, for vidare barseloppald nærare familien. Vi er som nevnt stolte over vår storslåtte natur i Sogn og Fjordane, men den medfører òg ei viss reisetid til sjukehuset. Dette er naturleg nok dei gravide opptatt av, og vi har ulike tilbod for å møte desse utfordringane. Vi har god følgeteneste med jordmor i alle regionar. Dersom nokon har hatt tidlegare raske fødsjar og har lang reiseveg kan vi tilby kvinnene å vere på pasienthotellet i påvente av fødsel.

Kvinneklubben vår vart som nemnd opna i 1980. Sidan den gong har det vore ei stor utvikling i drift og ikkje minst bemanning. Vi har i dag seks LIS som går i seks-delt tilstededøgnavakt. Vi har ni faste overlegar som går i ni-delt tilstededøgnavakt. Vi har nokre faste overlegevikarar som kjem fleire gongar i året i ei til to veker om gangen. Nokre av desse vikarane er frå Danmark, ein frå Sverige og ein frå Noreg. Mange av desse har vore her som vikar i mange år. Den med lengst fartstid var vikar her første gong i 1992 og kjem framleis tilbake årleg. Dette gjer at LIS og jordmødrene kjenner vikarane godt, og det gir god trygghet på vakt. For tida har vi berre kvinnelege LIS og kun to mannlige overlegar. Vi vil gjerne rekruttere både menn, kvinner og folk med ulike nasjonalitetar for å skape mangfald i avdelinga vår.

Vi har ein fødepoliklinikk med ca. 4000 konsultasjonar årleg. Her er det både ultraludjordmødre og legar som deltek. Vi har fire ultraludjordmødre som er spesialiserte for rutineultralud. Desse reiser òg til lokalsjukehusa på Eid og i Lærdal for å gi lokale tilbod der. Legane er hovudsakleg på fødepoliklinikken i Førde. Vi har for tida ultraludjordmødre og legar som er i gong med spesialisering i tidleg ultralud, som skal innførast etterkvart.

Vi har ein gynekologisk poliklinikk med ca. 5200 konsultasjonar årleg. Her har vi spsjalsjukepleiarar og hjelpepleiarar med lang fartstid innan det gynekologiske fagfeltet. Dei to som har vore lengst i avdelinga vår per dags dato er to hjelpepleiarar, som har vore her henholdsvis sidan poliklinikken opna i 1979 og sidan 1982. Desse har alltid gode råd på lur og har sett det meste



Bak frå venstre: Manjubhaashini Sivanesan, Henrik Cauchi, Randi Oma Sele, Siri Tangedal Nordeide og Rebecca Maginaarachchi. Framme frå venstre: Marthe Lene Telle, Astri Rege og Espen Wayne Thomas. (Dei som ikkje var tilstades var: Inga Vie Skeie, Karolina Würzt, Randi Mette Steen, Grete Fredly, Marte Westvik, Trude Hansen Folkestad).

innan gynekologi, så LIS dreg god nytte av all kunnskapen deira. Tilknytt til poliklinikken har vi ein uroterapeut og ein sexolog. Vi gjennomfører koniseringar, framfallsoperasjonar og bulka-mid-behandling i lokalanestesi ved poliklinikken vår. Vi har i gjennomsnitt 2,5 operasjonsdagar per veke til operative inngrep på operasjonsavdelinga. Dette gir eit totalvolum på ca. 330 operative inngrep årleg. Vi utfører hysterektomiar vaginalt, laparoskopisk og abdominalt når det trengst. Ellers er vanlege inngrep hjå oss TVT-O, desensoperasjonar, laparoskopiske operasjonar, hysteroskopiar og sectio.

Ein del av vårt helsetilbod er utredning, diagnostikk og behandling av gynekologisk kreft. Vi har tett samarbeid med Kvinneklinikken i Bergen og har elektroniske møter kvar veke der vi presenterar og drøftar pasientar. Operativ behandling skjer som regel i Bergen, men vi har mange kvinner som går til cytostatikabehandling hjå oss. Vi har dermed tett samarbeid med kreftpoliklinikken i Førde og kan tilby cytostatikabehandling ved lokalsjukehusa på Eid og i Lærdal etter nærmare avtale. I snitt gir vi ca. 100 cytostatikakurer til gynekologiske pasientar årleg. Vi følger opp kreftpasientane undervegs og etter endt behandling. Dersom kreftpasientane skulle trenge innlegging låner vi senger på kreftavdelinga til våre pasientar. Vi samarbeidar òg tett med sjukehuset sitt Palliative team dersom naudsynt.

Helsevesenet er som kjent i endring, og ein har lenge vore uroa over synkende fødselstal. Vi hugsar vel alle Erna Solberg si

oppfordring til det norske folk om å få fleire barn. Vi har som resten av landet hatt svakt fallande fødselstal dei seinare åra, men her kan vi melde om ei positiv endring i pandemitida. I Sogn og Fjordane har folk trivdes heime, og vi har hatt ei signifikant auke i fødselstalet vårt hittil i år. Per 03.11.21 ligg vi heile 100 fødselar føre og 14 % auke frå fjoråret. Vi håpar ikkje dette berre skuldast heimekontor og pandemiltak, men at det er ein trend som held fram i tida som kjem òg.

Vi har spennande tider i møte, då Nye Førde Sjukehus skal stå ferdig våren 2023. Det er det største byggeprosjektet i fylket sidan det gamle sjukehuset sto ferdig i 1979. Dette medfører endringar for avdelinga og drifta vår. Alle sengerom i det nye bygget skal vere einerom. Vi vil få 9 einerom, 3 fødestover og eit mottaksrom som kan gjerast om til fødestove ved behov. Vi vil i tillegg bruke det gamle bygget som poliklinikk, God Start-eining og ha tre firmannstover som skal ombyggast til familierom/einerom på sikt. I det nye bygget vil vi som tidlegare dele ein heil etasje med barne- og ungdomsavdelinga. Dermed får vi nyføddeintensiv rett over gangen som nærmaste nabo, med familierom og familieretta nyføddeomsorg. Det vert såleis opna for mindre flytting av den gravide etter fødsel, og ein skal samarbeide på tvers av avdelingane på dette området. Når det nye sjukehuset er klart vil vi få all vår kliniske verksemd over eit plan og ikkje i fleire etasjar slik det er i dag. Dermed vil heile 5. etasje på sjukehuset, både i nytt og gammalt bygg, vere for kvinner og barn. Vi gler oss til nytt bygg og spennande tider i møte!

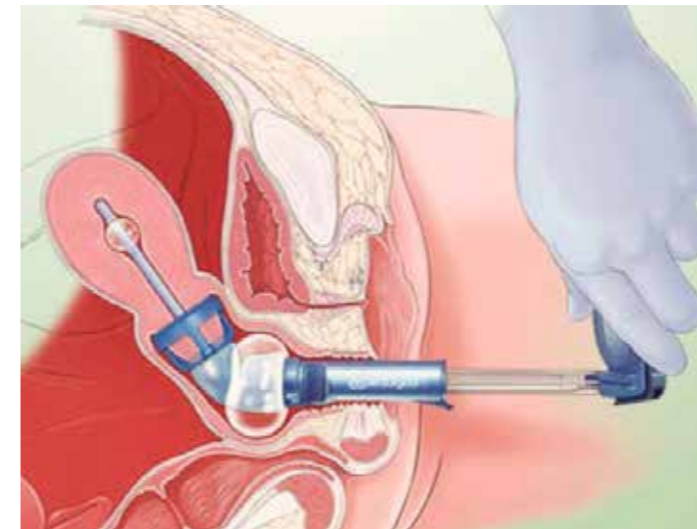


Jan Bye AS

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



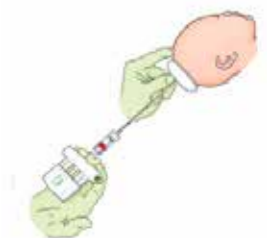
Kiwi vakuumpopp

For vaginal forløsning og keisersnitt



Complete Vacuum Delivery System with PalmPump™

Kiwi OmniCup® with Traction Force Indicator



Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

David Forsse disputerte 1. oktober 2021

Bedre behandling for kvinner
med endometriecancer
– Nye biomarkører og evaluering
av endringer i behandlingsstrategi



DOKTORAND: David Forsse
GRAD: PhD
UNIVERSITET: Universitetet i Bergen
FAKULTET: Det Medisinske fakultet
INSTITUTT: Klinisk Institutt II og
Centre for Cancer
Biomarkers (CCBIO)
FAGOMRÅDE: Gynekologisk Onkologi
VEILEDERE: Camilla Krakstad,
Jone Trovik
DISPUTASDATO: 01.10.21

Endometriecancer er den vanligste gynekologiske kreftformen i Norge og andre industrialiserte land, og sykdommen rammer 2-3% av norske kvinner. Diagnosen stilles ofte tidlig på grunn av postmenopausal blødning. Prognosen er da som regel god, fordi svulsten kan fjernes ved hysterektomi før spredning. Imidlertid er det 15-20% som har avansert sykdom ved diagnose eller får residiv, og da med få behandlingsalternativ og betydelig redusert prognose. Adjuvant behandling gis utvalgte pasienter etter en antatt radikal operasjon for å redusere risiko for residiv, men medfører langvarige bivirkninger. I Norge har man på grunn av bivirkningsprofilen til ekstern radioterapi valgt å anbefale kjemoterapi som foretrukket adjuvant modalitet, og siden 2009 har dette vært formalisert i nasjonal veileder/handlingsprogram. Stratifisering til adjuvant kjemoterapi skjer i hovedsak på bakgrunn av histologisk subtype og stadium, der pasienter med de mest aggressive svulstene tilbys denne ekstra behandlingen. Imidlertid er seleksjonen fremdeles langt fra optimal. Bedre utvalg av pasienter til riktig behandlingsnivå og økt kunnskap om effektene av den behandling som tilbys er kritisk for å forbedre utfallet for kvinner med corpuscancer.

Avhandlingen belyser denne utfordring på ulike nivåer i tre studier. I den første studien undersøkte vi om målinger av hormonnivåer i blod kan gi informasjon om hvor aggressiv svulsten er. Vi fant at pasienter med lave nivåer av 17-hydroxyprogesteron og 11-deoxycortisol hadde mer aggressiv kreft og dårligere prognose. Disse steroidene kan måles klinisk i dag, og de har potensial som biomarkører i fremtiden for bedre pasientstratifisering.

I den andre studien så vi på hvordan endringer i behandlingen av livmorkreft i perioden 2001-2019 påvirket overlevelse og tilbakefall hos pasientene. Vi så på overgangen fra generell lymfeknutesampling til en biomarkørbasert selektiv tilnærming, og fant at andelen pasienter som gjennomgikk lymfadenektomi gikk ned fra 80% til 50% uten økning i residivfrekvens. Videre fant vi, som følge av endringen i nasjonal veileder, en reduksjon av radioterapi og økning av kjemoterapi uten negativ effekt på overlevelse. Vi fant også en økning av pasienter med tidlig stadium (FIGO I) og høyrisikohistologi som fikk adjuvant behandling det siste tiåret, uten at dette bedret overlevelsen i denne pasientgruppen.

I den tredje studien undersøkte vi selvrappørte bivirkninger og livskvalitet over flere år hos kvinner som fikk behandling for endometriecancer ved flere norske institusjoner. Vi fant at kjemoterapi var den viktigste faktoren for bivirkninger og nedsatt funksjon, og at dette vedvarte minst to år etter behandling.

En overordnet konklusjon i avhandlingen var at økt bruk av kjemoterapi ikke nødvendigvis bedrer overlevelse i alle grupper, og kan forverre livskvaliteten over lang tid. Det er således viktig å videre forbedre seleksjonen av pasienter til adjuvant behandling, samt at nye behandlinger med mindre bivirkninger blir gjort tilgjengelige for denne pasientgruppen.

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 behandlingen leges mening kan dra nytte av videre behandling kan behandles i mer enn 2 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 behandlingen leges mening kan dra nytte av videre behandling kan behandles i mer enn 2 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



ENTOG Exchange 2021

To reisebrev fra Hellas

ENTOG exchange er et årlig utvekslingsprogram for LIS i gyn/føde hvor land i hele Europa deltar. ENTOG exchange 2021 var i Hellas, og vi (Lene Ramberg og Siri Ø. Juliebø) var de heldige utvalgte til å representere Norge. Som deltager reiser man til et utvalgt sykehus i vertslandet. I år kunne man reise til de greske byene Athen, Thessaloniki, Patra, Ioannina, Larisa, Alexandroupoli og Herakleion. Lene ble utvalgt til å dra til Thessaloniki, mens Siri reiste til Ioannina.

Siri Øvereng Juliebø – Ioannina

Ioannina er en liten by i innlandet av Hellas, med ca 100 000 innbyggere. Byen har to sykehus, Ioannina universitetssykehus og et mindre sykehus som het George Hatzikosta. Jeg var på det mindre sykehuset G. Hatzikosta. Sykehuset hadde en avdeling for gynekologi og obstetikk. Fødeavdelingen hadde ca. 600 fødsler i året, med en keisersnittfrekvens på rundt 65%. Mye av fødselshjelpen var annerledes, som at leger tar imot alle barna og jordmor kun observerer fødekvinne frem til full åpning. Ved full åpning flyttes kvinnen fra observasjonsrom til fødestue, et rom med gyn-benk, og lege tilkalles for å ta imot barnet. De brukte vakuump eller kiwikopp ved behov. Seteleier og tvillinger ble alle forløst med elektivt sectio. Svangerskapsomsorgen var også håndtert forskjellig fra Norge. Alle svangerskap ble fulgt utelukkende i spesialisthelsetjenesten, med ultralyd i uke 5, 7, 10, 12, 18, 21, 28, 30 og deretter med 7-14 dagers mellomrom avhengig av hvilken overlege som hadde pasientansvar. De greske legene fikk hakeslepp da de spurte hvor mange ultralyder vi har i Norge og jeg sa at pr. i dag har friske kvinner kun én ultralyd, og den utføres av jordmor. Dette relativt lille sykehuset hadde svært god ultralydkompetanse, med to fostermedisinere som hadde vært i to års opplæring hos selveste Kypros Nicolaidis i London!

Kirurgisk gjorde avdelingen få laparoskopier, hovedsakelig på adnex, ellers ble det meste gjort vaginalt eller per laparotomi. Jeg fikk se to åpne hysterektomier, hvorav den ene var en 44 år gammel kvinne som fikk fjernet både livmor og eggstokker på bakgrunn av myomer. Gynekologen forklarte meg at dersom kvinnen ønsker å fjerne eggstokker gjør de også dette. Det var dog vanskelig for meg å forstå om hun faktisk var klar over konsekvensene av valget.

Etter arbeidstid tok de greske LISene oss med på middag og sightseeing. Vi lærte masse om både greske brylluper og hvordan livstilen var for de greske legene. Det var også spennende å høre om hvordan de andre legene hadde det både på og etter jobb. Generelt tenker jeg at vi i Norge har det ganske fint sammenlignet med mange andre land. LISene fra Polen, Portugal, Hellas og Albania fortalte om lange dager, høyt arbeidspress og totalt mangel på primærhelsetjeneste, som gjorde at spesialisthelsetjenesten ble oversvømt av pasienten som fint kunne vært ekspedert av fastlegen.

Lene B. Ramberg – Thessaloniki

Vi var heldige som fikk dratt på utveksling til tross for Covid-19. Thessaloniki er den nest største byen i Hellas og ligger ved kysten av Thermaikosbukten. Dette er en historisk by med mange

minnesmerker fra romertiden. Byen er kjent for å ha vært et ottomanske og bysantinsk rike.

Før vi kom ned til Hellas, ble vi fortalt at vi skulle bo lokalt hos en vertsfamilie nede i den fantastiske flotte byen Thessaloniki. Da vi kom ned ble planen endret, og vi ble innlosjert på hotel Olympia. Det kjentes bra å bli tatt så godt imot av de greske LIS-legene. Vi ble invitert med på båtuttur for å bli bedre kjent. Det var en fantastisk flott tur i godt selskap. Vi var åtte leger som ble fordelt på tre sykehus. Jeg var så heldig å få hospitere ved universitetssykehuset Papageorgiou med tre andre LIS-leger fra Wien, Litauen og Danmark. Vi hadde alle kommet ca. like langt i spesialiseringen.

Da jeg kom ned så jeg at dette var et lite og gammelt sykehus, med utdatert utstyr i forhold til det vi er vant til. I tillegg levde vi som normalt, og det var ikke mye vi merket til den globale pandemien. De har ikke like flat ledelseskultur som vi har i Skandinavia. Jeg følte det var mer fokus på hierarki enn i Norge.

En morsom kuriositet er at vi ble oppfordret til å drikke iskaffe hver dag på sykehuset, fordi de påstår at de oppfant iskaffen. Dette var deres stolthet. De har i alle fall ikke oppfunnet god iskaffe.

Arbeidsdagen startet kl. 09.00, og vi ble hentet på hotellet kl. 08.30 hver dag. Det var sol og 25 grader. Under arbeidsdagen fulgte vi en erfaren LIS-lege fra Hellas og tok del i ulike operasjoner som keisersnitt og laparoskopier, samt poliklinikk. LIS-legen som assisterte ved laparoskopi brukte kun én port og fikk ikke lov til å styre kameraet. Overlegen hadde som oppgave å styre kameraet selv. Vi fortalte derfor om vår suksess med trening på «boksen». Dette ønsket de også å innføre på sykehuset for å utvikle sine ferdigheter rundt denne type operasjon.

Under oppholdet på sykehuset deltok vi på et keisersnitt, der overlegen suturerte peritoneum. Vi spurte om hva som var tanken bak dette, men det ble kun utført pga. gammel vane.

Det var et fantastisk hyggelig arbeidsmiljø, med god takhøyde for å stille spørsmål og innlede til diskusjon.

I Hellas blir jenter tilbudt HPV-vaksinasjon fra 11-13 års alder. De har også begynt å anbefale vaksinasjon for gutter, men de har en liten vei igjen å gå før dette blir 100% innført. I dag må gutter betale for vaksinasjon, og foreldre må derfor betale dette fra egen lomme. Jenter får tilbud om vaksinen frem til de er 18 år. Det utføres kontrollcytologi etter 1,5 år, selv om de har hatt normal celleprøve og negativ HPV.

Fødeavdelingen hadde kun 1000 fødsler per år. Dette er på grunn av at det er en del privatklinikker som tilbyr fødselshjelp. Det er keisersnittprosent på 53 % i Thessaloniki.

Etter arbeidsdagen tok de greske LIS-legene oss med på sightseeing i byen, der vi var på ulike markeder. Det var deilig mat, oster, grønnsaker og forskjellig typer fisk. Det var en kulinarisk matopplevelse vi fikk oppleve i byen, og jeg anbefaler alle å dra til Thessaloniki.

De siste dagene av utvekslingen dro vi til Athen, der vi møtte Mark Lewis Barbero fra Haukeland og Aslak Vimme Solhof fra OUS. I Athen var det sosialt og en del faglig opplegg. Det var utrolig gøy å hilse på andre LIS-leger fra hele Europa. Athen var en fin by, og vi dro en tur til Akropolis på sightseeing.

Vi er veldig glade for at vi fikk tatt del på ENTOG i Athen 2021. Dette er en opplevelse vi sent vil glemme, og vi anbefaler andre LIS-leger å søke om utveksling.

Neste år er det vår tur til å være vertskap for ENTOG, og vi gleder oss. Flere norske sykehus vil få muligheten til å hilse på våre kjekke kolleger fra Europa. Vi håper vi kan vise oss fra vår beste side og la neste års deltagere få en like fin og unik opplevelse som vi fikk.

Femoston «Mylan Healthcare Norge AS»

C Østrogen-progestogen sekvenspreparat

ATC-nr.: G03F B08

TABLETTER, filmdrasjerte 1 mg/10 mg: Hver pakning inneholder 14 hvite og 14 grå tablett. Hver hvit tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 1 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). Hver grå tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 1 mg, dydrogesteron 10 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

TABLETTER, filmdrasjerte 2 mg/10 mg: Hver pakning inneholder 14 rødbrune og 14 gule tablett. Hver rødbrun tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 2 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver gul tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 2 mg, dydrogesteron 10 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >6 måneder etter siste menstruasjon. Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose, eller der disse er kontraindisert. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

Dosering: 1 tablett daglig uten opphold i 28 dagers sykkluser (østrogenbehandling i 14 dager etterfulgt av 14 dager med østrogen-/progestogenbehandling). Ved oppstart og fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose brukes, i kortest mulig tid. **Behandlingsstart:** Bør startes med 1 mg/10 mg, dosen kan deretter justeres

avhengig av klinisk respons. Ved overgang fra annet kontinuerlig sekvensielt eller syklisk preparat, bør pågående 28 dagers behandlingssyklus fullføres før byttet. Ved overgang fra annen kontinuerlig kombinasjonsbehandling, kan byttet gjøres når som helst. **Behandlingsregime:** 1 mg/10 mg: 1 hvit tablett daglig de første 14 dagene, deretter 1 grå tablett daglig de neste 14 dagene, som anvist på kalenderpakningen. 2 mg/10 mg: 1 rødbrun tablett daglig de første 14 dagene, deretter 1 gul tablett daglig de neste 14 dagene, som anvist på kalenderpakningen. **Glemt dose:** Glemt tablett bør tas så snart som mulig innen 12 timer. Hvis det har gått >12 timer, bør behandling fortsettes med neste tablett uten å ta den glemte tableten. Sannsynligheten for gjennombrudds-/sporblødning kan øke. **Administrering:** Bør tas til samme tid hver dag. Tas med eller uten mat. Svelges hele med vann. **Egenskaper:** Klassifisering: Tofasisk kontinuerlig sekvensielt kombinasjonspreparat. Består av 17-beta-østradiol som er kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol, og progestogenet dydrogesteron i behandlingens 2. fase. **Pakninger og priser: 1 mg/10 mg:** 84 stk. (blister) kr 280,40. **2 mg/10 mg:** 84 stk. (blister) kr 280,40.

Femostonconti «Mylan Healthcare Norge AS»

C Østrogen-progestogen kombinasjonspreparat

ATC-nr.: G03F A14

TABLETTER, filmdrasjerte 0,5 mg/2,5 mg: Hver tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 0,5 mg, dydrogesteron 2,5 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult jernoksid (E 172).

TABLETTER, filmdrasjerte 1 mg/5 mg: Hver tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 1 mg, dydrogesteron 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult og rødt jernoksid (E 172).

Indikasjoner: Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset. 0,5 mg/2,5 mg: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >1 år etter siste menstruasjon. 1 mg/5 mg: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >1 år etter siste menstruasjon. Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose, eller der disse er kontraindisert.

Dosering: 1 tablett daglig uten opphold i 28 dagers sykkluser. Ved oppstart og fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose av kortest mulig varighet benyttes. Behandlingsstart avhenger av tid siden menopause og symptomenes alvorlighetsgrad. Ved naturlig menopause bør ikke behandling startes før tidligst 1 år etter siste menstruasjon. Ved kirurgisk indusert menopause kan behandling startes umiddelbart. Dosen kan justeres etter oppstart, avhengig av klinisk respons. Ved overgang fra annet kontinuerlig sekvensielt eller syklisk preparat, bør pågående 28 dagers behandlingssyklus fullføres før byttet. Ved overgang fra annen kontinuerlig kombinasjonsbehandling, kan byttet gjøres når som helst. **Glemt dose:** Glemt tablett bør tas så snart som mulig innen 12 timer. Hvis det har gått >12 timer

bør behandling fortsettes med neste tablett uten å ta den glemte tableten. Sannsynligheten for gjennombrudds-/sporblødning kan øke. **Administrering:** Bør tas til samme tid hver dag. Tas med eller uten mat. Svelges hele med vann. **Egenskaper:** Klassifisering: Kontinuerlig kombinasjonspreparat. Består av 17-beta-østradiol som er kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol, og progestogenet dydrogesteron. **Pakninger og priser: 0,5 mg/2,5 mg:** 84 stk. (blister) kr 356,10. **1 mg/5 mg:** 84 stk. (blister) kr 374,50.

Felles tekst for begge produkter:

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller nåværende venøs tromboemboli (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile sykdommer (f.eks. protein C-, protein S-, eller antitrombinmangel). Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri.

Forsiktighetsregler: HRT ved postmenopausale symptomer bør kun startes hvis symptomer har negativ innvirkning på livskvalitet. Grundig nytte-/risikovurdering bør foretas minst 1 gang pr. år og HRT bør kun fortsettes så lenge nytte oppveier risiko. Begrensede data om risiko ved HRT ved prematur menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan nytte-/risikobalansen være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre. **Medisinsk undersøkelse/oppløsing:** Før HRT startes eller gjenoppas bør en komplett anamnese (inkl. familieanamnese) foretas. Medisinsk undersøkelse (inkl. underliv og bryst) bør foretas mht. anamnese, kontraindikasjoner og advarsler for bruk. Rutinemessig kontroll under behandling anbefales. Kvinnen bør opplæres i hvilke endringer i brystene som bør rapporteres til lege/sykepleier. Undersøkelser, inkl. egnet billeddiagnostikk, f.eks. mammografi, bør utføres iht. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. **Tilstander som krever tilsyn:** Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller ble forverret under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør kvinnen overvåkes nøye (disse tilstandene kan komme tilbake eller forverres under behandling): Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, gallestein, migrene eller kraftig hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose, meningeom. Behandling bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk, nye anfall av migrene lignende hodepine eller graviditet. **Endometriehyperplasi og karsinom:** Ved intakt uterus øker risiko for endometriehyperplasi og karsinom (2-12 ganger) hvis østrogen gis alene over tid. Risikonivået kan være økt i minst 10 år etter seponering. Tillegg av et progestogen syklisk i minst 12 dager pr. måned/28 dagers sykklus eller kontinuerlig kombinert østrogen-progestogenbehandling hos kvinner med intakt uterus, kan redusere den økte risikoen forbundet med HRT med østrogen alene. Gjennombrudds-/sporblødning kan forekomme i løpet av de første behandlingsmånedene. Hvis dette oppstår etter en tids behandling eller vedvarer etter seponering, bør årsaken undersøkes (kan omfatte endometriebiopsi for å utelukke malignitet). **Brystkreft:** Økt risiko ved kombinert østrogen-progestogenbehandling, muligens også ved østrogen alene. Risiko avhenger av HRT-varighet. Den økte risikoen reduseres etter avsluttet behandling. Tid til baseline avhenger av varighet av tidligere HRT. Ved varighet over 5 år kan risikoen vedvare i 10 eller flere år. HRT, spesielt kombinert østrogen-progestogenbehandling, øker tettheten på mammografi bilder, noe som kan ha negativ innvirkning på radiologisk påvisning av brystkreft. **Ovariekreft:** Epidemiologiske funn fra en stor metaanalyse antyder noe økt risiko ved bruk av HRT med østrogen alene eller østrogen-progestogen i kombinasjon. Økt risiko vises innen 5 års bruk, og avtar over tid etter seponering. Noen andre studier antyder at bruk av kombinasjons-HRT kan være forbundet med lik eller noe lavere risiko. **Venøs tromboemboli (VTE):** HRT er forbundet med høyere risiko (1,3-3 ganger) for utvikling av dyp venetrombose eller lungeemboli. Sannsynligheten er større 1. behandlingsår. Risikofaktorer for VTE omfatter bruk av østrogen, høy alder, omfattende kirurgi, langvarig immobilisering, overvekt (BMI >30 kg/m²), graviditet/post partumperiode, systemisk lupus erythematosus og kreft. Hos postoperative pasienter bør profylaktiske tiltak vurderes for å forhindre VTE etter kirurgi. Ved forventet langvarig immobilisering etter elektiv kirurgi bør HRT seponeres midlertidig 4-6 uker før inngrepet. Behandling bør ikke gjenoppas før kvinnen er fullstendig mobilisert. HRT er kontraindisert ved familær trombofil tilstand som har gitt seg utslag i trombose hos et familiemedlem, eller ved alvorlig koagulasjonsdefekt (f.eks. antitrombin-, protein S-, eller protein C-mangel eller kombinasjon av defekter). For kvinner som får antikoagulasjonsbehandling kreves grundig nytte-/risikovurdering ved bruk av HRT. Hvis VTE oppstår etter behandlingsstart, bør preparatet seponeres. Det bør rådes til umiddelbart å kontakte lege ved symptomer på tromboemboli (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselig brystsmerte, dyspné). **Koronar arteriell sykdom (CAD):** Relativt risiko for CAD øker noe ved kombinert HRT med østrogen-progestogen. Absolutt risiko for CAD ved baseline er sterkt aldersavhengig, og antall tilleggsstilfeller av CAD pga. østrogen-progestogenbruk er svært lav hos friske kvinner

nær menopausen, men øker med økende alder. Iskemisk slag: Kombinert østrogen-progestogen og østrogen alene er forbundet med opp til 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativ risiko endres ikke med alder eller tid siden menopause. Risiko for slag ved baseline er imidlertid sterkt aldersavhengig, og total risiko for slag ved HRT vil øke med alderen. **Andre tilstander:** Østrogen kan gi vaskeretensjon, og kvinner med hjertesvikt eller nedsatt nyrefunksjon bør overvåkes nøye. Kvinner med preeksisterende hypertriglyseridemi bør følges nøye, da østrogenbehandling i sjeldne tilfeller har gitt økte plasmatrigriseridnivåer som har ført til pankreatitt. Østrogen øker thyreoidebindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt thyreoideahormonnivå. Opptak av T₃-resin reduseres, noe som reflekterer økt TGB. Konsentrasjon av fritt T₄ og T₃ er uendret. Andre bindende proteiner, som kortikoidbindende globulin (CBG) og kjønnshormonbindende globulin (SHBG), kan være økt i serum, og gi økte nivåer av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnshormoner. Konsentrasjon av frie eller biologisk aktive hormoner er uendret. Andre plasmaproteiner kan være økt (angiotensinogen-/reninsubstrat, α₁-antitrypsin, ceruloplasmin). HRT forbedrer ikke kognitiv funksjon. Kvinner ≥65 år som har startet behandling med kontinuerlig kombinert HRT eller HRT med østrogen alene, kan ha økt risiko for demens. **Hjelpestoffer:** Inneholder laktose og bør ikke tas ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Metabolismen av østrogen og progestogen kan økes ved samtidig bruk av substanser som inducerer legemiddelmetaboliserende enzymer (spesielt CYP450), slik som antiepileptika, antiinfektiver og johannesurt (prickperikum). Ritonavir og nelfinavir er sterke hemmere, men kan også ha induserende effekt når de kombineres med steroider. Økt metabolisme av østrogen og progestogen kan gi nedsatt effekt og endringer i uterin blodningsprofil.

Graviditet, amming og fertilitet: Skal seponeres umiddelbart hvis graviditet oppdages under behandling.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmerte. Kjønnsgorganer/bryst: Smerte/ømhet i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte. Nevrologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppblåsthet (inkl. flatulens), oppkast. Generelle: Astenitilstander (asteni, fatigue, malaise), perifer ødem. Hud: Allergisk hudreaksjon (f.eks. utslett, urticaria, pruritus) Infeksiøse: Vaginal candidiasis. Kjønnsgorganer/bryst: Bekkensmerte, cervikal utflod, menstruasjonsforstyrrelse (inkl. postmenopausal sporblødning, metroragi, menoragi, oligomenoré, amenoré, uregelmessig menstruasjon, dysmenoré). Nevrologiske: Migrene, svimmelhet. Psykiske: Depresjon, nervøsitet. Undersøkelser: Vektøkning. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi. Immunsystemet: Overfølsomhet. Infeksiøse: Cystittlignende symptomer. Kar: Hypertensjon, perifer vaskulær sykdom, varicer, venøs tromboembolisme. Kjønnsgorganer/bryst: Brystforstørrelse, premenstruelt syndrom. Lever/galle: Galleblæresykdom, unormal leverfunksjon (av og til med ikterus, asteni eller malaise og abdominalsmerter). Psykiske: Libidoforstyrrelser. Svulster/cyster: Forstørrelse av uterine leiomyomer. Undersøkelser: Vekttap. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymfe: Hemolytisk anemi. Hjerne: Hjerneinfarkt. Hud: Angioødem, erythema nodosum, kloasma (som kan vedvare etter seponering av legemidlet), vaskulær purpura. Kar: Hjeraneslag. Muskel-skjelettsystemet: Kramper i bena. Nevrologiske: Meningeom. Øye: Intoleranse mot kontaktlinser, økt krumming av hornhinnen. **Klasseeffekter:** Andre bivirkninger sett ved østrogen-progestogenbehandling: Østrogenavhengige neoplasmer, både benigne og maligne, f.eks. endometriekreft, ovarialkreft. Økt størrelse av meningeomer. Systemisk lupus erythematosus. Hypertriglyseridemi. Mulig demens, chorea, forverret epilepsi. Arteriell tromboembolisme. Pankreatitt ved preeksisterende hypertriglyseridemi. Erythema multiforme. Urininkontinens. Fibrosystisk brystsykdom, cervixerosjon. Forverret porfyri. Økt nivå av totalt thyreoideahormon. Om økning i risiko for brystkreft, endometriekreft, ovariekreft, VTE, CAD og iskemisk slag, se Forsik-tighetsregler og SPC.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme, oppkast, ømhet i brystene, svimmelhet, abdominalsmerter, tretthet/fatigue og bortfallsblødning kan forekomme. **Behandling:** Ikke sannsynlig at spesifikke eller symptomatisk behandling er nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogen G03C og progestogener G03D på www.felleskatalogen.no.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Erstatte redusert østrogenproduksjon hos postmenopausale kvinner og lindrer menopausale symptomer. Østrogen forebygger tap av benmasse etter menopause eller ovariektomi. Tillegg av progestogen reduserer i stor grad østrogenindusert risiko for endometriehyperplasi hos kvinner med intakt uterus. Lindring av menopausale symptomer oppnås i løpet av få ukers behandling. **Absorpsjon:** Mikronisert østradiol absorberes raskt. Dydrogesteron absorberes raskt, T_{max} 0,5-2 timer. **Proteinbinding:** Østradiol: Ca. 30-52% bindes til albumin, ca. 46-69% til SHBG. Dydrogesteron og metabolitten dihydrodydrogesteron (DHD): >90% bundet til plasmaproteiner. **Halveringstid:** 10-16 timer for østradiol, 5-7 timer for dydrogesteron og 14-17 timer for DHD. **Utskillelse:** Dydrogesteron: Ca. 63% via urin. Basert på SPC (27.11.2020). **Sist endret:** 12.01.2021.

Viatrix
PB 194, 1371 Asker
Telefon: 66 75 33 00
infororge@viatrix.com



FEM-2021-0096

Viatrix
PB 194, 1371 Asker
Telefon: 66 75 33 00
infororge@viatrix.com

Femoston® Femostonconti

østradiol/dydrogesteron

Dydrogesteron- et unikt
og selektivt progestogen^{2,3}

- Kombinasjonsbehandling ved symptomer på østrogenmangel³
- Flere styrker, individuell behandling¹



Utvalgt sikkerhetsinformasjon:

Indikasjoner Femoston®:¹ Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >6 måneder etter siste menstruasjon. Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose, eller der disse er kontraindisert. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

Indikasjoner Femostonconti:¹ Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >1 år etter siste menstruasjon. 1 mg/5 mg: Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose eller der disse er kontraindisert. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

Kontraindikasjoner:⁴ Kjente, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne svulster. Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller nåværende venøs tromboemboli. Kjente trombofile sykdommer. Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom. Akutt eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri.

Forsiktighetsregler:⁵ Før HRT startes bør en komplett anamnese foretas. Grundig nytte-/risikovurdering bør foretas 1 gang pr. år og HRT bør kun fortsettes så lenge nytte oppveier risiko. Begrensede data om risiko ved HRT ved prematur menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan nytte-/risikobalansen være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre.

1. Femoston og Femostonconti SPC (27.11.2020) avsnitt 4.1 (indikasjoner)
2. Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R, Huber J, et al. Classification and pharmacology of progestins. Maturitas. 2003 Dec 10;46 Suppl 1:S7-S12
3. <https://en.wikipedia.org/wiki/Dydrogesterone>
4. Femoston og Femostonconti SPC (27.11.2020) avsnitt 4.3 (kontraindikasjoner)
5. Femoston og Femostonconti SPC (27.11.2020) avsnitt 4.4 (advarsler og forsiktighetsregler)



Årsmøte i NGF 2021

Tønsberg 28.-29. oktober

Ballet åpnes (nesten) som før

Det var ganske uvirkelig å beskue NGF-leder Kirsten Hald og LOK-representant Lene Gjersøe Rasmussen åpne ballett på Klubben torsdag 28. oktober. En fullsatt sal fikk tid til å tenke over hvor spesielt det var å være samlet på denne måten, til lyden av bl.a. den japanske folketonen *Sakura* på klassisk gitar. Gårsdagens

Get-together på splitter nye Stasjonen hadde satt stemningen, med gledelige gjensyn over god mat og drikke etter vellykkede formøter. Foran oss hadde vi 30 frie foredrag, endokrinologi-, cancer- og ultralydsesjon, samt et imponerende mylder av poster og utstillere å besøke. Normedi og Novo Nordisk arrangerte i år lunsjsymposier som samlet stor deltakelse.



Vi skulle imidlertid ikke få *belt* fri fra pandemistendighetene, da Tom Bourne ble nødt til å åpne ballett i typisk Covid-stil med ferdig innspilt foredrag om «Burnout and defensive medical practice in ob/gyn». Den noe nedslående statistikken etterlot et alvorstynget publikum, og kanskje en viss nysgjerrighet på hvordan tallene ville sett ut blant norske gynekologer.

Videre åpnet Camilla Haavaldsen den første sesjonen med frie foredrag, stødige nok til å sikre seg seg prisen for beste frie foredrag innen obstetikk. Høydepunktene var mange, og bl. a. stud.med. Anders Jarmund engasjerte til ekstra stor applaus med sitt foredrag om markante immunologiske forandringer i ulike stadier av svangerskapet. Fremførelsen holdt ikke til pris, men flere samtaler fra bakerste benk lød omtrent slik: Han *må* jo bli Gynekolog!

Også under ultralydsesjonen ble vi påminnet pandemien, da Tom Bourne var tilbake på skjermen med tema «Pregnancy of unknown location». Fra bakerste rad var det igjen lett å se engasjementet i salen, ut fra mylderet av mobilkameraer som foreviget de mest sentrale grafene – kanskje med mål om å innføre mer evidensbasert praksis på egen avdeling? Cathrine Ebbing og Tina Tellum fulgte opp med gode og klinisk anvendelige foredrag om bruk av ultralyd i fosterfysiologi og utredning av gynekologiske smertepasienter, før det var duket for de ni første frie foredragene innen gynekologi. Alle dagens frie foredrag fikk spørsmål fra salen, og moderatorne måtte hyppig bryte inn for å holde den dyrebare tiden.





Fullsatt generalforsamling

Med rundt 80 (!) fremmøtte på generalforsamling ble det god diskusjon. Marit Halonen Christiansens rapportering fra høstens spørreundersøkelse om abort kan ha vært et solid trekkplaster. Resultatene viste, som antatt, at norske gynekologer er delte i synet på om abortloven burde utvides. Enigheten var derimot stor om at NGF bør være tydelig deltakende i prosessen med utarbeiding av en eventuell ny rådgivningsordning. Det førte til en diskusjon om i hvilken grad foreningen aktivt skal kontakte politiske partier og beslutningstakere i den prosessen, eller bruke resultatene fra undersøkelsen til å sette agenda gjennom et utspill i media. Generalforsamlingen vedtok ved akklamasjon at det skal

sendes ut en pressemelding der det orienteres om resultatene fra undersøkelsen, som en start.

Av øvrige høydepunkter kan nevnes at Ragnar Kvie Sande ble valgt til ny leder, Johanne Kolvik Ivesen fikk gjennomslag for å kjøre et pilotprosjekt med guidelinemøte i obstetikk, og et (noe inkomplett) nytt og gammelt poserte fornøyde i etterkant, før alle løp til hotellrommet for å skifte og dra på verdens korteste vorspiel.

Store sko å fylle

Det å samle over 400 gynekologer og LIS til festmiddag var også en spesiell og ærefull opplevelse, etter snart to år med restriksjoner.

Kvelden gikk fort, maten var god og man skulle nesten tro dessertkockene visste at det var gynekologer de hadde til bords.

Tidlig under middagen minnet Kirsten Hald oss på hvorfor man vil bli gynekolog, under sin tale som avtroppende leder. Ragnar Kvie Sande tok elegant over stafett-pinard-stetoskopet, og ved hjelp av en ukulele og treffende Nynorsk gjorde han stilfullt entre til ledervervet med årets Årsmøte-hit: *Store sko å fylle*. Vi gleder oss allerede til neste års musikalske innslag fra Sande. Bli det styre-band? For dem som synes et år er lenge å vente anbefales intervjuet med vår nye leder i denne utgaven av Gynekologen.

Det blir ingen årsmøtemiddag uten hedring av nye og gamle kollegaer. Vi soler oss i glansen av årets prisvinnere, som alle er omtalt

i dette bladet. Thomas Thaulof jublet som vinner av Poster-quizzen, og Rolf Kirschner fikk en fortjent (og svært forsinket) gratulasjon i plenum for sitt æresmedlemskap i RCOG.

Vi fikk også bekreftet at vi skal få sole oss i sørlands-solen på Årsmøte i Kristiansand i 2022, så lenge sykehusbygningen ikke raser sammen før den tid. Årets ferske spesialister (i alle fall de av dem som hadde svart bekræftende på forespørsel fra FUGO) fikk også skinne under middagen, før det var duket til fest og kontinuerlig dansegulv frem til lyset ble skrudd på og musikken forsvant i 02-tiden. Heldigvis fikk noen ivrige sjeler forhindre katastrofen, og ryktene sier at de ivrigste holdt det gænde i noen gode timer til.

Fengende fredag

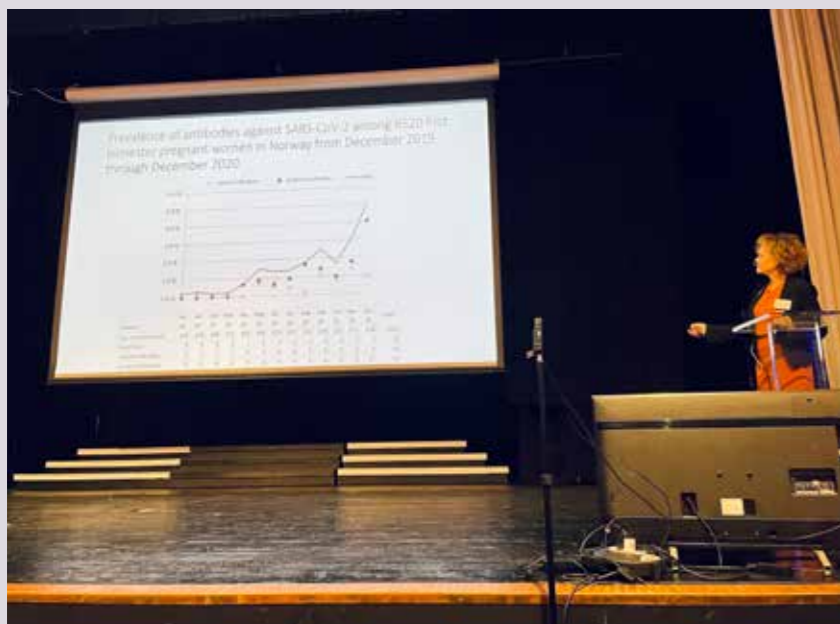
Oppmøtet påfølgende morgen var det ingen ting å utsette på. Anne Dørum og Line Bjørge utfylte hverandre godt i sine foredrag om profylaktisk salpingektomi for forebygging av ovarialcancer og PARP-hemmere i behandling av gynekologiske kreft, før Tone Skeie-Jensen ga oss så mange svar hun kunne om diagnostikk (og behandling) av sarcoma uteri. Blant dagens frie foredrag imponerte særlig Rune Svenningsen, som stakk av med prisen for beste frie foredrag innen gynekologi. Blant de obstetriske frie foredragene fikk eventuelle trøtte tilskuere opp øynene under to spennende kasustikker fra Nina Albretsen og Henrik Michelsen-Wahl om hhv. kronisk histiocytær intervillusitt (CHI) og laparoskopisk reponering av uterusinversjon (og re-inversjon!). Ikke minst klør vi oss fortsatt i hodet mens vi tygger på Anne Eskilds foredrag om funn av antistoffer mot SARS-CoV-2 lenge før vi trodde infeksjonen gjorde sitt inntog i Norge.

Ettermiddagens endokrinologisesjon utgjorde en verdig avslutning.

Det er tydelig at Mette Moens store arbeid med facebookgruppen om hormoner og endometriose har medført en oppsving i interessen, og publikum var veldig mottakelig for hennes foredrag om hormonbehandling i klimakteriet. Nora Johansens avsluttende foredrag om HRT til kvinner som har hatt kreft var svært klinisk nyttig, noe antall mobilkameraer under oppsummerings-sliden igjen kunne bekrefte.

Det å arrangere et årsmøte som startet med maksantall på 70 personer, før det (tilfeldigvis!) akkurat lot seg gjennomføre uten restriksjoner, kan umulig ha vært enkelt. Lokal komité ble heldigvis takket under både årsmøtemiddag, åpning og avslutning, med god grunn. Som deltaker var det lett å glemme hvordan Covid-19 har komplisert planleggingen, og vi er mektig imponert over hva de har fått til.

Nå gleder vi oss *virkelig* til Kristiansand 2022, arrangert av gjengen nederst!



harmony®

NIPT

For deg

er det sikkerheten om en målrettet analyse og nøyaktig måling av føtal fraksjon.¹

For henne

betyr det et pålitelig svar.

Harmony NIPT fokuserer på relevante trisomier og genererer bare data som trengs for analysen. Trenger du veiledning for å komme i gang i Norge? Ta kontakt med nærmeste Harmony laboratorium, Life Genomics i Göteborg.

Göran Jacobsson, VD
goran.jacobsson@lifegenomics.se
Tel: +46 (0)708 11 21 52

¹ Schmid et al. Ultrasound Obstet Gynecol. 2018 Feb DOI: 10.1002/UOG.19036.

© Roche Diagnostics Limited. All Rights Reserved. HARMONY is a trademark of Roche. All other product names and trademarks are the property of their respective owners.



Tørr skjede – ingen hindring for et godt samliv

Remisoft tilfører fuktighet til slimhinnen, samt at lipider styrker og mykgjør hudbarrieren. I tillegg virker *Hamamelis virginiana*-vann (Trollhassel) på slimhinnes overflate og styrker den fysiske barrieren. Dermed oppnås lindring og gjenoppretting av tørre og irriterte slimhinner, som kan gi kløe, svie eller smerter ved samleie.



Medisinsk utstyr klasse IIa

Remisoft vaginalkrem

Den beskyttende fysiske barrieren bidrar til:

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

✚ Fås på alle apotek

For mer informasjon, besøk sanapharma.no

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 intimområder (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.



NORSK GYNEKOLOGISK FORENING



Norsk gynekologisk forenings Hederspris til *Knut Hordnes*

Årets hederspris gikk svært fortjent til Knut Hordnes. Han har mange år med foreningsarbeid bak seg. I tillegg til å være en dyktig og hardtarbeidende kliniker har han lagt ned et stort og svært verdifullt administrativt arbeid, både innenfor og utenfor Norges grenser.

Knut vokste opp i Bergen, der han avla 1. avdeling av medisin-studiet. 2. avdeling fullførte han imidlertid i Trondheim som Cand.med. i 1986, før han startet karrieren i turnustjeneste og som kommunelege i Trøndelag og som lege i forsvaret. Der skulle han senere gjøre et comeback, da han over ti år senere reiste til Adenbukten og det indiske hav for å jobbe som kirurg på fregatten Fridtjof Nansen. På denne fregatten var han første lege som bidro i marinens første fulle operasjonsteam ombord – fremskutt traume-team – og dette er en av flere måter Knut har engasjert seg faglig langt fra egen hjemby. Etter at Knut ble spesialist i Fødselshjelp og kvinnesykdommer og overlege på Kvinneklinikken ved Haukeland i 1988, har han også jobbet som gynekolog i både Hammerfest og Saudi Arabia, før han gikk over til Hospitalet Betanien i 2010.

Parallelt med den kliniske karrieren har Knut gitt mye av sin tid til norske, nordiske og europeiske kolleger. Etter åtte år i NGF ble han leder av lokal organisasjonskomité for NFOG-kongressen i Bergen i 2012 og senere president i NFOG. Parallelt med presidentvervet var han norsk representant i EBCOG og la til rette for at denne ble tildelt Bergen i 2020.

Knut omtaler seg selv som *kliniker mer enn akademiker*. Han tror absolutt på viktigheten av vitenskapelig metode og gode retningslinjer, og tok doktorgrad i 1998 om GBS i kvinnelige genitalia, i tillegg til å stå bak en rekke publikasjoner, veilederkapitler og foredrag. Samtidig er han en mann av kloke valg og pragmatiske løsninger, og han stiller alltid som en reflektert part i faglige og organisatoriske diskusjoner.

Vi er takknemlige for alt arbeidet Knut har lagt ned for NGF ved siden av klinisk hverdag, familieliv, roing, løping på fjellet og utenlandsreiser. Det er en glede å gratulere ham med NGFs Hederspris i 2021. Vi takker ham for hans bidrag til å styrke fagmedisinsk organisering for norske gynekologer.

Gratulerer!



Forbildeprisen til *Johanne Kolvik Iversen*

I år ba Spesialitetskomiteen om forslag til årets forbildepris, og årets vinner fikk hele 97,3% av forslagene. Den imponerende oppslutningen gjenspeiler at hun har gjort stort inntrykk på LIS, også utenfor egen arbeidsplass. Hun har et stort engasjement for faget, til alle døgnets tider og særlig på fødestuen.

Årets forbildepris gikk til Johanne Kolvik Iversen. Hun har ofret svært mye tid til å lære opp LIS og gjør dette på en forbilledlig måte.

Johanne er en tydelig og ufiltrert nordlending, som i tillegg til sine nordlige røtter har en fot i både øst og i vest. OUS og Haukeland har vært hennes arbeidsplasser, og der har hun undervist og inspirert ekstra mange LIS. Hun er en engasjert, pedagogisk og svært dedikert underviser, som gjerne er å finne i en krok på fødestuen kl. 03:30 om natten for å observere ferske LIS i aksjon. LIS-ene reagerte som om de var på et vekkelsesmøte og så selve lyset da Johanne startet opp med undervisning på Ullevål, og i tiden fremover vil også LIS over resten av landet få gleden av hennes engasjement.

For, det er nok Johanne Kolvik Iversens GETPRO-prosjekt, Guided expertise training in Obstetrics, som har gjort henne til den åpenbare favoritten frem mot årets forbildepris.

Prosjektet har også vært en stor inspirasjon til FUGOs nye obstetrikkampanje. Sistnevnte er selve beviset på at Johanne Kolvik Iversens arbeid inspirerer, langt utenfor fødestuene og kursrommene hun selv har undervist i. Hun brenner for bedre opplæring i obstetrikk, og med klar tale formidler hun både muntlig og skriftlig hvordan og hvorfor den kliniske obstetriske ferdighetstreningen trenger et løft.

Gratulerer så mye til Johanne! Vi ser frem til å følge resultatene av arbeidet ditt i lang tid fremover og er svært takknemlige for din innsats.



Årets utdanningsavdeling til *Introduksjonskurset i fødselshjelp og kvinnesykdommer*

Spesialitetskomiteen har også i år måttet tenke litt utenfor boksen for å kåre årets vinner av denne prisen. Det er mange avdelinger som gjør mye bra for LIS-utdanningen, og det har vært lagt ned en formidabel innsats landet rundt i forbindelse med implementeringen av ny spesialistutdanning. Vi er heldige som har så mange ildsjeler i faget vårt! Dessverre har vi ikke fått nærmere innblikk i hvordan det går på de forskjellige avdelingene, da vi ikke har vært på besøk på lenge, først pga. fokus på ny utdanningsstruktur og så påfølgende Covid-restriksjoner. I tillegg er SERUS-rapportene fjernet i ny struktur. Vi valgte derfor i år å ikke gi prisen til en spesiell avdeling.

Vi har de siste årene blant annet jobbet med ny kursstruktur, og det er fortsatt en pågående prosess. Men i omleggingen har vi fått et helt nytt kurs. Kurset gikk første gang av stabelen høsten 2019, og vi vet det har blitt lagt ned mye arbeid i organiseringen for å få det opp å gå. Til tross for pandemien har våre kollegaer fått dette til, med flotte tilbakemeldinger. Vi ønsket derfor i år å hedre de som har lagt ned så mye arbeid i dette. Prisen for årets utdanningsavdeling ble overrakt til kursledere Jette Stær-Jensen og Ellen Marie Strøm-Roum for Introduksjonskurset i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Christine Hancke, leder av Spesialitetskomiteen

**VISERA
ELITE II**

OLYMPUS



16211

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 fullintegreerte bipolar- og ultralydsinstrument.

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



Anny Spydslaug mottok prisen på vegne av Rune Svenningsen, i hans fravær.



Beste foredrag Gynekologi til *Rune Svenningsen*

Rune Svenningsen jobber 70 % som overlege ved gynekologisk avdeling Oslo universitetssykehus, 20 % som professor II ved Universitetet i Oslo og 10 % som Faglig leder av Norsk Kvinnelig Inkontinensregister. Samarbeidspartnere i prosjektet var Sissel Oversand, Hjalmar Schiøtz og Sigurd Kulseng-Hanssen

I Norge har vi de siste 15-20 årene benyttet syntetiske midt-uretra slynger som kirurgisk førstevalg i behandlingen av stress- og blandingsinkontinens i Norge, enten i form av retropubiske slynger eller obturatorslynger. Derimot ser vi økende bruk av injeksjonsbehandling med polyakrylamid hydrogel (Bulkamid®).

Injeksjoner med Bulkamid® har vært benyttet i mer enn 10 år. Likevel finnes det få langtidsstudier på metoden. I prosjektet hentet vi ut operasjonskoder på > 26 000 kvinner fra Norsk Pasient Register i perioden 2008 – 2017. Dermed kunne vi med overlevelsesanalyser (tid til ny kirurgi) vurdere risiko for ny operasjon grunnet vedvarende eller tilbakevendende stressinkontinens for

alle de tre metodene. Sekundært så vi på hva norske gynekologer foretrekker som neste metode etter mislykket primærinnngrep og på andelen ny kirurgi utført ved samme avdeling.

Etter justering for alder og operasjonsvolum fant vi signifikant lavest risiko for ny stressinkontinenskirurgi etter retropubiske slynger ($p < 0.01$), men forskjellen mellom retropubiske- og obturatorslynger var liten og trolig uten klinisk betydning (andel uten ny kirurgi etter 5 år: 97.7 % for retropubisk og 96.1 % for obturator). For Bulkamid® lå 5-års andelen lavere (72.4 %). 75 % av ny kirurgi ble gjort i egen avdeling, og etter mislykket retropubisk slynge ble ofte ny retropubisk slynge valgt (67 %). Fordelingen etter mislykket obturatorslynge var jevnere mellom ny obturatorslynge (45 %) eller retropubisk slynge (42 %). Etter mislykket Bulkamid® ble behandlingen ofte forsøkt på nytt (62 %).

Risiko for ny operasjon bør etter vår mening inngå i diskusjonen med kvinnen vedrørende metodevalg før kirurgi.



Beste foredrag Obstetrikk til *Camilla Haavaldsen*

Camilla Haavaldsen jobber som overlege ved Akershus universitetssykehus. Medforfattere på studien var Nils-Halvdan Morken og Anne Eskild.

Induksjon av fødsel utføres ofte for å unngå uheldige utfall for mor og barn. I land der man allerede har en svært lav komplikasjonsrate er det imidlertid usikkert hvorvidt induksjoner har en forebyggende effekt. I Norge økte andel fødsler i svangerskapsuke 37-42 som var induisert fra 9,7% til 25,9% i perioden 1999-2019. Ved å bruke data fra Medisinsk fødselsregister (1 127 945 fødsler) studerte vi om det i samme periode har vært endringer i andel dødfødsler, nyfødte med lav apgarscore, innleggelse ved nyfødte-intensivavdeling og i andel barn som dør i løpet av de første 28 dagene etter fødsel. Vi undersøkte også om det har vært endringer i andel kvinner med post partumblødning over 500 ml og i andel operative forløsninger.

Det har vært en jevn økning i andel induksjoner i svangerskapsuke 37-42, men særlig i svangerskapsuke 41 har andel induksjoner økt betydelig. Det har vært en liten reduksjon i andel dødfødsler

i nesten alle svangerskapsukene til termin og etter termin. I svangerskapsuke 41 har det imidlertid ikke vært noen reduksjon til tross for et høyt antall induksjoner. Dette tyder på at de mange induksjonene i svangerskapsuke 41, forebygger dødfødsler i svangerskapsuke 42, der det så å si ikke er dødfødsler igjen.

Det har ikke vært noen reduksjon i andel nyfødte med lav apgarscore, nyfødte som ble overflyttet nyfødteintensivavdeling eller i andel neonatale dødsfall. Andel kvinner med post partumblødning over 500 ml økte fra 11,4% til 30,1%. Det var høyere forekomst av post partumblødning blant kvinner som fikk fødselen induisert, men det var en økning i post partumblødninger også blant ikke-induserte kvinner. Det var en liten økning i andel forløsninger med vakuump/tang og akutte keisersnitt.

Før implementering av mer aggressive retningslinjer for induksjon bør den preventive effekten vektet mot potensielle bivirkninger og kostnader. Sannsynligvis vil en ytterligere økning av antall induksjoner, særlig i svangerskapsuke 41, ha liten nytteverdi.



Foto: Amalie Huth Hovland, UO

ACTA-prisen for beste poster til *Sukhjeet Bains*

Landbakgrunn og botid er assosiert med anal sfinkterruptur: en populasjonsstudie

Anal sfinkterruptur er en alvorlig fødselskomplikasjon. God kommunikasjon mellom helsepersonell og den fødende under fødsel kan være viktig for å unngå sfinkterruptur. Det er velkjent at det finnes etniske forskjeller i risiko for sfinkterruptur. Mindre kjent er påvirkningen av migrasjonsfaktorer på sfinkterruptur.

Vi undersøkte derfor sammenhengen mellom migrasjonsrelaterede risikofaktorer, som landbakgrunn, botid og partners bakgrunn, og sfinkterruptur. Studien er en del av MiPreg, som er et tverrfaglig forskningsprosjekt med Ingvil K. Sørbye som prosjektleder. Prosjektet har som mål å bedre fødsels- og svangerskapsomsorgen for nylig innvandrede kvinner i Norge.

I denne populasjonsstudien brukte vi data fra medisinsk fødselsregister. Hovedutfallet var anal sfinkterruptur. Vi inkluderte alle førstegangs fødende kvinner med vaginal hodefødsel av ett foster over en 10-års periode. Vi identifiserte mer enn 6 000 tilfeller

av sfinkterruptur. Vi fant at nyankomne migranter hadde høyere risiko for sfinkterruptur sammenlignet med de med lengre botid. Videre var det å ha en utenlandsfødt partner, sammenlignet med en partner som er født i Norge, assosiert med økte odds. Førstegangs fødende kvinner fra asiatiske regioner og Afrika sør for Sahara hadde høyere risiko for sfinkterruptur, sammenlignet med norskfødte kvinner.

Våre funn indikerer at undergrupper av innvandrerkvinner kan ha behov for ekstra oppmerksomhet under fødsel for å redusere graden av komplikasjoner og for å sikre likeverdige helsetjenester.

Vil du lese mer: Sørbye IK, Bains S, Vangen S et al. Obstetric anal sphincter injury by maternal origin and length of residence: a nation-wide cohort study BJOG. 2021. doi:10.1111/1471-0528.16985

Sukhjeet Bains er stipendiat på Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning, Kvinneklinikken, OUS. Hovedveileder er Ingvil K. Sørbye ved Rikshospitalet, OUS.

Zejula
niraparib

gsk



Zejula (niraparib) er nå rangert som 1. valg i LIS-anbefalingen for ovarialkreftpasienter med tilbakefall, uavhengig av BRCA-status¹

Zejula fikk ja fra Beslutningsforum (30.08.2021) og innføres som monoterapi til vedlikeholdsbehandling av platinasensitive BRCA-muterte ovarialkreftpasienter med tilbakefall (2.linje og senere)². Zejula er fra tidligere godkjent for offentlig finansiering ved behandling av platinasensitiv BRCA-villtype pasienter med tilbakefall (2.linje og senere)³ og fra 01.08.2021 ble Zejula også godkjent for offentlig finansiering av monoterapi til vedlikeholdsbehandling av platinasensitive BRCA-muterte pasienter (1.linje)⁴

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

Dosering: Behandling bør igangsettes og overvåkes av lege med erfaring med kreftlegemidler. Anbefalt dosering ved førstelinjebehandling er en startdose på 2 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For pasienter ≥ 77 kg og med trombocyttdier ved baseline $\geq 150\ 000/\mu\text{l}$, er anbefalt startdose 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. For andrelinjebehandling, er startdosen 3 kapsler à 100 mg 1 gang daglig. Dosereduksjon er anbefalt ved tilbakevendende bivirkninger. Den vanligste vedlikeholdsdosen ved andrelinjebehandling er 200 mg. Hos pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon (ASAT og/eller total bilirubin $> 1,5 \times - 3 \times$ ULN), er den anbefalte startdosen med Zejula 200 mg én gang daglig.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON

Kontraindikasjon: Amming. **Forsiktighetsregler:** *Hematologiske bivirkninger* (trombocytopeni, anemi, nøytropeni) er rapportert hos pasienter behandlet med Zejula. Pasienter med lav kroppsvekt eller lave 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 trombocyttdiene 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. **Bivirkninger:** $\geq 10\%$ av studiepasientene fikk følgende bivirkninger: Kvalme, anemi, trombocytopeni, fatigue, konstipasjon, oppkast, hodepine, insomni, redusert trombocyttdier, nøytropeni, abdominalsmerter, redusert appetitt, diaré, dyspné, hypertensjon, asteni, svimmelhet, redusert nøytrofilverdi, hoste, artralgi, ryggmerter, redusert leukocyttdier og hetetokter. De vanligste alvorlige bivirkningene $> 1\%$ (behandlingsrelaterede frekvenser) var trombocytopeni og anemi.

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

Pakninger og priser: Maksimalpriser: 56 stk. (bliester) kr 71703,20. 84 stk. (bliester) kr 107536,70. Rabattert pris er gjeldende i Norge. Refusjon: H-resept: L01X X54_1 Niraparib. Zejula er per i dag godkjent for offentlig finansiering ved førstelinjebehandling av BRCA-positive pasienter og andrelinjebehandling av BRCA-negative og BRCA-positive pasienter. Refusjonsberettiget bruk: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogram for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. Vilkår: (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist. Reseptgruppe C.

Referanser: 1. LIS anbefalinger for onkologiske og kolonstimulerende legemidler, effektive fra 01.07.2021. (<https://sykehusinnkjop.no/avtaler-legemidler/onkologi#anbefalinger-avtaleprodukter>)
2. Beslutningsforum møte, 30.08.2021 (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-ii-revurdering>)
3. Beslutningsforum møte, 25.05.20. (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iii>)
4. Beslutningsforum møte, 21.06.21. (<https://nyemetoder.no/metoder/niraparib-zejula-indikasjon-iv>)
PM-NO-NRP-JRNA-210001, september 2021

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

gsk



Publikumspris for beste poster til *Trond Michelsen*

Kan vanlige gynekologiske operasjoner gi økt dødelighet?
Bilateral salpingo-ooforektomi (BSOE) og hysterektomi er vanlige gynekologiske operasjoner, ofte utført på benign indikasjon. BSOE og/eller hysterektomi kan være forbundet med økt risiko for hjerte- og karsykdom og mortalitet. Noe av risikøkningen kan skyldes høyere risiko hos kvinnene allerede før operasjon, men dette er usikkert på grunn av manglende bakgrunnsopplysninger i tidligere studier.

I vår studie inkluderte vi 907 kvinner med BSOE, 1199 med hysterektomi og 18.673 med intakte indre genitalia fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT2, 1995-1997). Alle dødsfall i perioden 1996-2014 ble registrert via kobling til Dødsårsaks-

registeret. Vi justerte for alder, kreft, BMI, diabetes, røyking, fysisk aktivitet, blodtrykk, sosioøkonomisk status og hormonbehandling.

I det totale utvalget fant vi noe overraskende at hysterektomi-gruppen, men ikke BSOE-gruppen, hadde økt total og kardiovaskulær mortalitet sammenlignet med de ikke-opererte. Basert på en antatt sterkere sammenheng mellom operasjon og mortalitet jo yngre kvinnene var ved operasjon, gjorde vi også underanalyser blant de som var ≤ 52 år ved inklusjon. Da var risikoen for kardiovaskulær død 2,7 ganger økt i hysterektomi-gruppa og 2,4 ganger økt i BSOE-gruppa. Funnene våre tyder på at kvinner med hysterektomi og/eller BSOE utgjør en gruppe med økt risiko for kardiovaskulær mortalitet, og at de kan ha nytte av forebyggende tiltak.



BULKAMID®

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

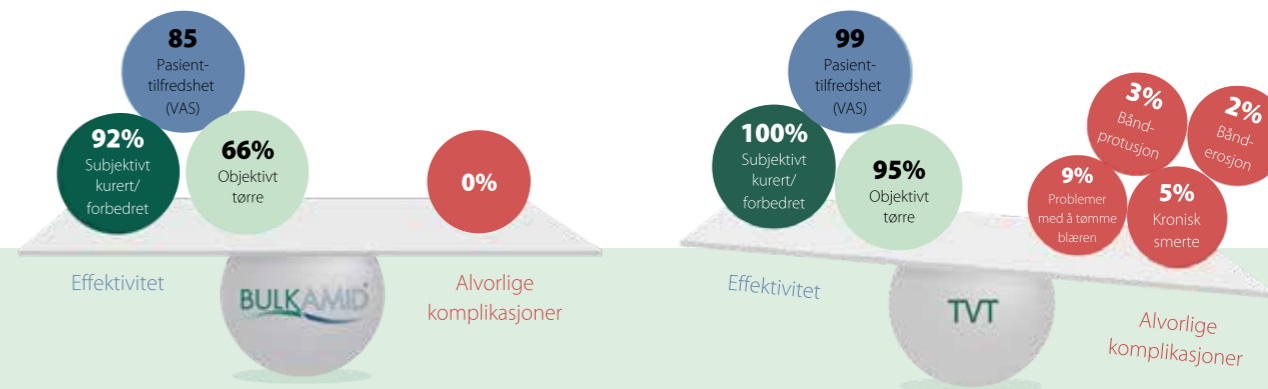


Bulkamid: Kvinners førstevalg for behandling av SUI

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

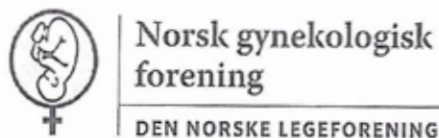
Resultatene av den første randomiserte og kontrollerte studien mellom Bulkamid og TVT:



For mer informasjon besøk www.bulkamid.com eller mail info@contura.com

For profesjonell utdanning besøk www.bulkamidacademy.com

¹Data 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) 31:769-777. 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



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFØRENING

Generalforsamling 2021 Norsk Gynekologisk Forening

Sted: Hotell Klubben, Tønsberg 28.10.2021

Tilstede:

Styret ved Kirsten Hald, Ragnar Kvie Sande, Nils-Halvdan Morken, Hans Kristian Opøien, Anders Einum, Yngvild Hannestad og redaktører Tale Meinich og Inga Vengen. I tillegg 67 møtedeltakere, totalt 74 stemmeberettigede medlemmer.

Avholdt minnestund for følgende medlemmer som har gått bort det siste året: Bjørn Harald Ruud, Petter Langeland, Kåre Molne, Arne J. Refsdal, Per-Bernhard Wright

Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere

Kirsten Hald foreslås som dirigent og Anders Einum som referent. Ferenc Macsali og Marit Halonen Christiansen foreslås som protokollunderskrivere. Vedtas ved akklamasjon.

Årsmelding 2020

Leder Kirsten Hald orienterer. Årsmeldingen er publisert i Gynekologen i forkant av årsmøtet.

Styret har behandlet 40 saker. Arbeidet har vært preget av ny bioteknologilov og Covid-pandemien, og styret har opplevd et konstruktivt samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Legeforeningen ved behandlingen av disse spørsmålene. Medlemmer fra styret og tilspurte medlemmer har deltatt i referansegrupper for fødselsomsorg, eggdonasjon og utredning av nytt fostermedisinsk screeningtilbud. Revidert veileder i obstetikk ble publisert, og veileder i gynekologi ble sendt på høring i løpet av året.

Regnskap 2020

Kasserer Hans Kristian Opøien orienterer. Regnskapet er publisert i Gynekologen og på NGF sine nettsider. Det tilkom et fall i inntekter ettersom årsmøtet kun ble avholdt digitalt pga pandemien, i øvrig også en reduksjon i utgifter, i tillegg til at noen inntekter fra 2019 ble overført til 2020-regnskapet da dette ikke var registrert på riktig tidspunkt hos regnskapsfører. Netto endte regnskapet med et overskudd på 582 874 kroner.

Det kommer fram at formuleringen i desisorerklæringen, der desisor gir styret ansvarsfrihet for aktivitetsregnskapet, ikke er gyldig da det formelt kun er generalforsamlingen som kan innvilge dette. Styret tar dette til etterretning og vil informere desisorer om mandatets begrensninger til neste årsmøte.

Regnskapet for 2020 vedtas ved akklamasjon.

Revidert budsjett 2021

Foreløpig budsjett påvirkes av redusert reisevirksomhet til fagmøter og styreaktiviteter nasjonalt og internasjonalt grunnet Covid-pandemien. På inntektssiden forventes en økning grunnet underestimerte kontingenter og trolig også årsmøteinntekter. Summert styrer man mot et overskudd på 570 000 kr. Revidert budsjett vedtas ved akklamasjon.

Budsjett 2022

Man forventer en normalisering av reisevirksomhet som vil gi utslag på utgiftssiden, hvilket gjør at en fortsatt ser behovet for ekstrakontingent. Med tanke på flere gode regnskapsår er økonomien i foreningen imidlertid solid, og en foreslår en forsøksvis reduksjon i ekstrakontingenten i budsjettet for 2022. Det budsjetteres med et overskudd på 420 000. Budsjettet vedtas ved akklamasjon.

Søknad til solidaritetsfondet

Det har innkommet en søknad til solidaritetsfondet som oppfyller kriteriene. Søknaden er godkjent av styret, og søker (Erika Logstein og Richard Torp, medisinstudenter ved NTNU) mottar 15 000 kroner til prosjektet «5 year follow-up of Caesarean sections in Sierra Leone».

Fastsettelse av ekstrakontingent

Styret mener det utfra gjeldende økonomisk situasjon er mulig å nedjustere årlig ekstrakontingent fra 700 til 600 kr. Vedtas ved akklamasjon.

Årsrapporter 2021

Årsrapporter for NGFs undergrupper er publisert i årsmøteutgaven av Gynekologen. Det er ingen kommentarer til disse fra generalforsamlingen.

Rapport fra arbeidsgruppen for NGFs innstilling til abort med resultat fra spørreundersøkelsen

På NGFs generalforsamling i Bodø i 2019 kom det fra medlem forslag om en felles resolusjon om abort. Det ble under debatten klart at spørsmålet krevde en grundigere bearbeiding, og det ble satt ned en gruppe som skulle jobbe med å utarbeide en prinsippstekst som skulle legges frem for generalforsamlingen. Marit Halonen Christiansen orienterer om gruppens arbeid, der man gjennomførte en spørreundersøkelse om holdninger til abort blant NGFs medlemmer. Omtrent halvparten av foreningens medlemmer har svart på undersøkelsen. Resultatene viser at norske gynekologer er delte i synet på om abortloven bør utvides, og hvorvidt nemndene skal videreføres, endres eller avskaffes. Man har derfor ikke kunnet konkludere om en felles resolusjonstekst som favner bredt i foreningen.

Generalforsamlingen anerkjenner at det ut fra gjeldende opinion i foreningen ikke er grunnlag for å ta arbeidet videre nå. Det er imidlertid bred enighet om at foreningen skal være tydelig deltakende i prosessen med utarbeiding av ny rådgivningsordning. Videre diskusjon om i hvilken grad foreningen aktivt skal kontakte politiske partier og beslutningstakere, eventuelt bruke resultatene fra undersøkelse til å sette agenda gjennom et utspill i media.

På bakgrunn av dette fremmes et forslag om å sende ut en pressemelding der det orienteres om resultatene fra undersøkelsen hos foreningens medlemmer. Forslaget vedtas ved akklamasjon.

Saker fremlagt av styret

Styret foreslår at det i år settes av kr 150 000 til NGF's solidaritetsfond for kvinnehelse, i stedet for å avsette penger årlig ved avstemming på generalforsamlingen. Dette begrunnes med flere år med positiv budsjettbalanse, oppsamlet overskudd og en forventer en mer oversiktlig økonomisk situasjon de nærmeste årene. Forslaget vedtas ved akklamasjon.

Saker fremlagt av medlemmene

Det har innkommet et forslag om å gjennomføre et pilotprosjekt med guidelinemøte i obstetikk etter modell fra den danske fagmedisinske foreningen for gynekologi og obstetikk. Veilederen består nå av 73 kapitler, og arbeidsmengden anses for stor til å pålegges en redaksjonskomite på dugnadsbasis. Intensjonen er at man på sikt vil oppdatere Veileder i obstetikk kontinuerlig ved årlige kapittelvis guidelinemøter. Johanne Kolvik Iversen orienterer og svarer på spørsmål om gjennomføring av prosjektet, sammensetning og finansieringsmodell. Møtene skal i utgangspunktet være selvfinansiert blant annet som obligatorisk videreutdanning for overleger og gjennom utdanningsfondene som del av ny spesialiseringsstruktur for LIS. Forslaget vedtas ved akklamasjon. Kvalitetsutvalget lager innstilling til generalforsamlingen 2022 om man skal gå videre med denne modellen eller ikke.

Valg

Valgkomiteen presenteres sin innstilling. Ragnar Kvie Sande innstilles som ny leder, Kirsten Hald til gjenvalg og Yngvild Hannestad fortsetter som PSL-representant. Solveig Bjellmo, Kristine Amundsen og Morten Kvello (FUGO) innstilles som nye styremedlemmer. Camilla Smith og Maren Baumann innstilles til vara. Nytt styre velges ved akklamasjon. Nils-Halvdan Morken, Hans Kristian Opøien og Anders Einum går ut etter hhv seks og fire år i styret. Generalforsamlingen takker for innsatsen.

Valg av årsmøtested 2024

Styret foreslår Haugesund sjukehus, Helse Fonna som arrangør. Forslaget vedtas ved akklamasjon.



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Tønsberg 28.10.2021

Anders Einum (sign)

Marit Halonen Christiansen

Ferenc Macsali

ANGUSTA®
(misoprostol)

ANGUSTA®
- en hjelpende hånd

ANGUSTA® 25 µg misoprostol
tablett er indisert til
induksjon av fødsel!



Referanse: 1. ANGUSTA® SmPC, 08.02.2021.

ANGUSTA® Hver tablett inneh.: 25 µg Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Prostaglandin**. ATC-nr.: G02A D06 **Tabletter 25 µg: 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 administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av ANGUSTA®. Bruk anbefales fra uke 37 i svangerskapet ved tilfeller hvor cervix er umoden (Bishop score <7). **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 C_{max} kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/ bevis på at barnets liv er i fare for 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 arrvev 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. Korioamnionitt kan det gjøre det nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fosterhinnen >48 timer for administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødsler, Bishop score >6 eller bruk for uke 37 i svangerskapet. Okt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). ANGUSTA® inneholder 0,874 mg natrium per tablett, og er så godt som "natriumfritt". **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for okt uterotonisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes for uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. Fertilitet: fertilitet og embryoutvikling hos rotter har vist at misoprostol kan påvirke implantasjon og resorpsjon, men er ikke relevant for indisert bruk av ANGUSTA® i slutten av svangerskapet. **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: Diare, 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 fetal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal fetal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale kramper. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentalløsning, 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. Se også felleskatalogen no. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Norgine B.V., Antonio Vivaldistraat 150, 1083HP Amsterdam, Nederland. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 09.07.2021. **Reseptgruppe:** C. **Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1134,40 (Februar 2021). NO-OBS-ANG-2100013



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

Norgine AS | norge@norgine.com | www.norgine.com

Because patients inspire us

Gynekologen memorerer er en jubileumsspalte i forbindelse med NGFs 75-årsjubileum i 2021. Den tar for seg historiske temaer og kuriositeter med utgangspunkt i jubileumsboken *Midt i livet*, etter tillatelse fra forfatterne. Boken er formelt omtalt og anbefalt i Gynekologen 2-2021, og denne teksten byr på høydepunkter fra kapittel 4: Fagets fremvekst.



Fødselsstiftelsen i Akersgaten, Christiania, 1837-1914. Rikshospitalet til venstre, stiftelsen til høyre.

Fødselen av fødselsstiftelsene

I 1814 ble det foreslått å opprette et Rikshospital i Kristiania, inkludert Norges første fødselsstiftelse. Det skulle være plass til 150 syke og 30 fødende. Forslaget ble bl. a. begrunnet med at en fødselsstiftelse var *saa uundværlig dels som Tilflugtsted for ubeldige Mødre, dels som en Anstalt, hvor Læger og Jordemødre kunne erholde den Øvelse, der sætter dem istand til at redde mange Mødre og Børns liv.*

Initialt ble det opprettet en midlertidig Fødselsstiftelse i Strandegade i Christiania, som var virksom fra 1. september 1818. Denne skulle tilby fødselshjelp til *fattige fremfor betalende og ugifte fremfor gifte*, og jordmødre og studenter skulle få praktisk trening.

Ved anstalten jobbet en overlege, en reservelege uten lønn (men med fri bolig, lys og brensel), en jordmor og en pleiekone. Ved utgangen av åpningsåret hadde imidlertid bare én kvinne født der, og det tok mange år før antallet tok seg opp til omtrent 200 årlige fødsler. Dette kan ha vært noe av forklaringen på at overlegen prioriterte å trene opp «læredøtrene», altså jordmødrene, fremfor medisinstudentene i begynnelsen. Medisinstudentene måtte til utlandet for praktisk opplæring, eller de kunne lære ved prøve-og-feile-metoden. Stiftelsen byttet lokaler hyppig de neste årene, før den flyttet inn på nybygget Rikshospital i 1937.

I 1957 ble det sendt anmodning til departementet om å opprette en jordmorskole til i landet, for å kunne lære opp flere jordmødre. Valget falt på Bergen, og byens første fødselsstiftelse ble opprettet øverst i Olav Kyrres gate i 1861. Året etter flyttet stiftelsen til Raadstueplads 2, der den ble liggende helt til den flyttet inn på Haukeland sykehus i 1926 – i det samme bygget som huser Kvinneklubben i Bergen i dag.

Universitetet lå imidlertid fortsatt i Christiania i 1957, så strømmen av fagfolk gikk utelukkende fra øst til vest. Den første overlegen på Fødselsstiftelsen i Bergen ble Valentin Heyerdahl (1821-1870), som tidligere hadde vært reservelege på fødsels-

stiftelsen i Christiania. Allerede på 1870-tallet, ved Heyerdahls død, oppstod imidlertid de første tendensene til et skille mellom øst og vest innen norsk obstetrikk.

Heyerdahls overtaaker, Herman Vogt (1829-1900), var nemlig en bestemt mann som ønsket å lære jordmødrene å legge ut-skjæringstang. Holdningen i Christiania var at jordmødre ikke skulle gjøre dette. Vogt lot ikke hovedstaden stå uimotsagt, og han trosset det opprinnelige lærestedet ved å undervise jordmødrene i nettopp dette. Man kan bare spekulere i hvorfor de ulike holdningene til tangen stangen oppstod i første omgang, og til en viss grad består den dag i dag. Har geografi og infrastruktur spilt inn? Vi vet at også jordmødre lenger nord brukte tangen i skjul på 1800-tallet, som egentlig var forbeholdt leger, der hjelpen var langt unna.

Ulikheter i klinisk praksis kan fremstå «tilfeldige», men ofte har historien en forklaring. 1800-tallets gynekologer brynet seg på mange av de samme utfordringene som i dag. Hvordan skal oppgavefordelingen være mellom jordmødre og leger? Hvilke studenter skal prioriteres i undervisningen på fødselsinstitusjonene? Utfordringene består, men ved å kjenne fortiden kan vi sikre oss at utviklingen går fremover og ikke bakover.

Kilde: Børdal PE, Moen MH, Jerve F. (1996). *Midt i livet*. Tapir forlag.



Fødselsstiftelsen i Bergen.



normedi
NORDIC

NovaSure®
Endometrial Ablation

MyoSure®
Tissue Removal Device

Gynecare®
TVT*

POLIKLINISK OG DAGKIRURGISK GYNEKOLOGISK KIRURGI

Forbered deg for framtiden ved å implementere polikliniske prosedyrer

Normedi tilbyr kompetanse og teknologi som er tilpasset polikliniske og dagkirurgiske behandlinger.

- › Hysteroskopi med MyoSure
- › Endometriablasjon med NovaSure
- › Slyngeplastikk med Gynecare TVT

normedi
NORDIC

Baglergaten 16, 3111 Tønsberg
E-post: support@normedi.com

normedi.com
normedieducation.com

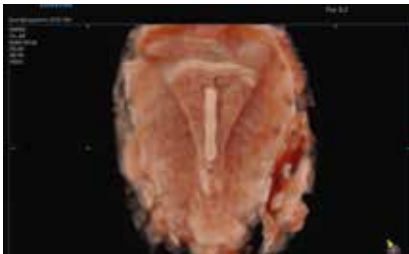
SAMSUNG

V8 Step Up Confidence

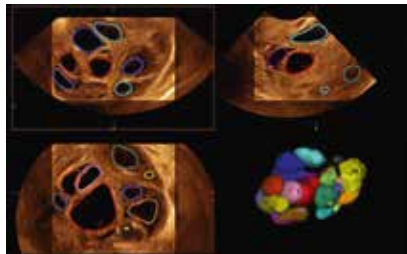
The new V8 ultrasound system combined exquisite imaging quality powered by Crystal Architecture™ with efficient, streamlined examinations enabled by AI-driven assist tools, and re-engineered workflow to fulfill the need of today's busy clinical environment. The sophisticated, ergonomic design showcases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



RealisticVue



5D Follicle



Redefined Imaging Technologies

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

Sophisticated 2D Image Processing & Detailed Color Expression

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

Women's Health

BiometryAssist™, "D Follicle™, 5D Follicle™, Limb Vol™, 5D CNS+™, 5 NT™, Heart Color™, MP1?, Labor Assist™, E-Cervix™, IOTA-ADNEX, HDVI, RealisticVue™, CrystalVue™, CrystakValueFlow™

Re engineered Workflow and Enhanced Customization

TouchGesture, HelloMom™, TouchEdit, QuickPreset, Expanded view, EzCompare™, EzExams+

Comfort Design

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

Inter-Medical AS

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



INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG MEDISON