

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

4 • 2019



Vellykket årsmøte i Bodø s. 20

Takk for innsatsen, Stine Andreassen s. 38

Hormoner på årsmøtet s. 40



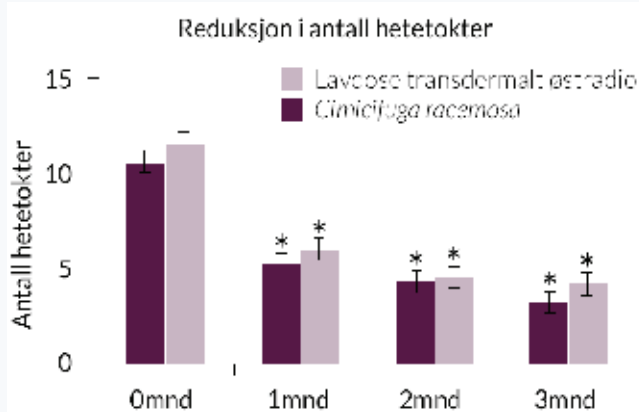
Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Remifemin®

Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter og svetting

Opptil 80 % av kvinner i klimakteriet opplever hetetokter og svette^{1,2}. Mange av disse kvinnene kan eller ønsker ikke å motta hormonbehandling for plagene sine. Remifemin (*Cimicifuga racemosa*) er uten østrogen, og gir en effektiv og trygg behandling av plager i klimakteriet⁴.




Figur: Antall hetetokter per dag hos kvinner behandlet med *Cimicifuga racemosa*. I en prospektiv studie ble 64 kvinner (45 – 55 år) med plager i overgangsalder (inkl hetetokter) behandlet med enten *Cimicifuga racemosa* eller lavdose transdermalt østradiol (TTSE2) i 3 måneder. Egenrapportering ble brukt for å måle antall hetetokter. Figuren viser gjennomsnittlig antall hetetokter ± standard avvik, * = p<0,001 versus studiestart. Figuren er modifisert fra Nappi et al⁵. av Sana Pharma Medical



Godt dokumentert effekt og sikkerhet

De siste 15 årene er det utført mer enn 29 kliniske studier³ der mer enn 12 000 pasienter har deltatt¹. Remifemin gir god lindring og sikkerheten er godt dokumentert^{4,5}.

 Fås på alle apotek

Remifemin
Middel mot overgangsplager.

Reseptfritt legemiddel. Tabletter, 2,5 mg: Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av rotstokk av klaseormedue (*Cimicifuga racemosa*) 2,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. Dosering: 1 tablett 2 ganger daglig (morgen og kveld). De første effektene sees tidligst etter 2 ukers behandling. Det anbefales å bruke preparatet i flere måneder, men ikke >6 måneder uten medisinsk tilsyn. **Administrering:** Tas med eller uten mat, og med rikelig væske. Bør svelges hele. Skal ikke suges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet utvises ved eksisterende/tidligere leversykdom. Ved tegn og symptomer på leverskade (tretthet, appetittap, gulning av hud og øyne, kraftige øvre magesmerter med kvalme, brekninger, mørk urin) skal preparatet seponeres. Ved vaginalblødning eller nye/uklare symptomer bør lege kontaktes. Skal ikke kombineres med østrogen uten etter samråd med lege. Pasienter som er behandlet eller undergår behandling for brystkreft eller andre hormonavhengige tumorer, skal ikke bruke preparatet uten medisinsk tilsyn. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Ingen rapporterte. **Graviditet, amning og fertilitet:** I fravær av tilstrekkelig data anbefales ikke bruk under graviditet og amning. **Bivirkninger:** Tilfeller av levertoksitet (inkl. hepatitt, gulsott, forstyrrelser av leverfunksjonstester) er rapportert ved bruk av preparatet som inneholder *Cimicifuga*. Hudreaksjoner (urticaria, kløe, eksantem), ansiktssødem, perifert ødem, gastrointestinale symptomer (f.eks. dyspeptiske forstyrrelser, diaré) og vektøkning er rapportert i sjeldne tilfeller. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** Klassifisering: Plantebasert legemiddel. **Virkningsmekanisme:** Ukjent. Kliniske data motviser systemisk østrogenagonistisk virkningsmekanisme. Det er ikke sett effekt på hormonelle parametere (LH, FSH, østradiol og prolaktin), i tetthet av bryst, proliferering av brystepitel eller endometriell tykkelse. Pakning: 100 stk., blisterpakning. **Sist endret:** 24.03.2015

ATC-nr: G02C.X04

Referanser: 1. WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. World Health Organ Tech Rep Ser. 1996;866:1–107. 2. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: A comprehensive review. Health Qual Life Outcomes. 2005;3:47. 3. Henneicke-von Zepelin, HH. Wien Med Wochenschr (2017) 167: 147. 4. Briese V, Stammwitz U, Friede M. Black cohosh with or without St. John's wort for symptom-specific climacteric treatment. Maturitas 57 (2007) 405–414. 5. Nappi R, Malavasi B, Brundu B. Efficacy of Cimicifuga racemosa on climacteric complaints: A randomized study versus low-dose transdermal estradiol. Gynecological Endocrinology, January 2005; 20(1): 30 – 35.



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Jenny Alvirovic
Overlege, Oslo universitetssykehus
jennyalvirovic@hotmail.com

Redaksjonsmedlemmer

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

Johanne Kolvik Iversen
Klinisk stipendiat UiO, overlege HUS
johanne.iversen@gmail.com

Liva Helleland
LiS, Haukeland universitetssykehus
liva.helleland@gmail.com

Cecilie Fredvik Torkildsen
Klinisk stipendiat UiB, Overlege SUS
cecilie.torkildsen@gmail.com

Nettredaktør

Renate Torstensen
LiS Oslo universitetssykehus
r_enate@hotmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

Cox Oslo AS
www.cox.no
Kongensgate 6, 0153 Oslo

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2020

Nr. 1	5/2
Nr. 2	2/5
Nr. 3	9/9
Nr. 4	4/11



Opplag: 1300



INNHOOLD

REDAKTØR.....	5
LEDER	7

NGF-STYRET

Styret i Norsk gynekologisk forening	10
Nytt fra NGF-styret	10

FUGO

Kjære alle FUGOister!	14
Referat generalforsamling FUGO 2019	15
FUGO-kurs	15
Erfaringer fra "boksen går!"	16

GYNEKOLOGEN UTENLANDS

Opplevingar frå Zanzibar	20
--------------------------------	----

ÅRSMØTE 2019

Referat Årsmøtet i NGF i Bodø	25
NGFs hederspris 2019	26
Beste foredrag Obstetrikk	27
Beste foredrag Gynekologi	27
ACTAs posterpris	28
Publikumsprisen	29
Generalforsamling 2019	30
Norsk gynekologisk forening	30
Noen inntrykk fra Bodø	32
Spesialitetskomiteen - siste nytt !	36
Utdanningsprisen	36
Forbildeprisen	37

INTERVJU

Takk for innsatsen (så langt...) Stine Andreassen!	38
--	----

HORMONHJØRNET

Hormoner på årsmøtet	40
----------------------------	----

REISER/KURS

Robotkirurgi Seminar, Sørlandet Sykehus	44
---	----

GYNEKOLOGEN GRATULERER

Golden Rolf!	48
--------------------	----

GYNEKOLOGEN ANBEFALER

Underaktiv blære – en forsømt tilstand?	50
---	----

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.

Forsidefoto: GettyImages/Barcin

Angusta®
(misoprostol)



Kjære kollega!

Gynekologen vil gjerne rette en stor takk til alle som har bidratt til medlemsbladet det siste året. Alle har til felles at dagene allerede er fulle med oppgaver når det kommer en forespørsel fra Gynekologen. Jeg er takknemlig for at ALLE har sagt ja allikevel. Mette Moen og Irina Eide som faste bidragsytere og nye ivrige skribenter Liva Helleland, Cecilie Fredvik Torkildsen og Johanne Kolvik Iversen. Gynekologen er dugnadsarbeide og et etterhvert tradisjonsrikt talerør. Takk for et godt samarbeide med layoutfirma Cox AS og alle nye og trofaste annonsører. Styret i NGF og redaktøren er glad for at Gynekologen i dagens papirformat lever

videre etter å ha blitt satt på prøve med spørreundersøkelse blandt medlemmene, etterfulgt av debatt på generalforsamling. Det ender godt. Da er det bare å benytte seg av muligheten til å skrive!

Gynekologen ønsker alle kolleger og samarbeidspartnere en riktig god jul og et godt nytt år!

Beste hilsen Jenny

Angusta®



Den eneste godkjente orale preparatet for induksjon av fødsel

- ☀ Klar til bruk 25 µg tablett¹ - riktig dose for riktig behandling
- ☀ Dosering i henhold til internasjonale anbefalinger WHO² og FIGO³
- ☀ Oral induksjon foretrekkes av fødende^{4,5,6}

Azanta

info.no@azanta.com
www.azanta.com

Prostaglandin. ATC-nr.: G02A D06 TABLETTER 25 µg: Hver tablett inneholder: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av Angusta. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp, på sykehus der utstyr for kontinuerlig overvåking av foster og uterus er tilgjengelig. Cervix skal undersøkes nøye før bruk av legemidlet. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men Cmax kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/bevis på at barnets liv er i fare før induksjon (f.eks. unormal non-stresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsestilstand 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. Ved korioamnionitt kan det være nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fosterhinnen >48 timer før administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødslar, Bishops score >6 eller bruk for uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotonisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes før uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger, pyreksi. Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal føtal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal føtal 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 placentalsøsning, uterusruptur. **Overdosering/forgiftning:** Symptomer: Langvarig/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av Angusta. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. **Basert på SPC godkjent av SLV: 18.07.2019. Reseptgruppe: C. Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1137,10 (September 2019).

Ref. 1: Angusta SmPC 2: WHO recommendations for Induction of labour, 2011. ISBN 978 92 4 150115 6 3: https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/MisoFIGO_Dosage_Chart%20EN_0.pdf **4:** Dodd et al 2006. Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38729.513819.63 **5:** Mundle et al *Lancet* 2017;390:669-80 **6:** ten Eikelder et al *Am J Perinatol* 2017;34:338-146

SØKE OM MIDLER TIL HOSPITERING ELLER KURS I UTLANDET I 2020?

Søknadsfrist NFOG Fondet er:

1. mars og 1. oktober.

Informasjon om søknadsrutiner ligger tilgjengelig på www.nfog.org.

Følg søknadsrutinene nøye, flere søknader blir ofte avvist på grunn av feil i søknad. Ved å følge nøyaktig instruks på søknad er det stor mulighet for å få støtte for fremtidige samarbeidsprosjekter, kurs i utlandet, besøk i utlandet for vitenskapelige formål eller øke klinisk kompetanse og arbeid i utviklingsland. Fondet er med dette meget anvendelig med tanke på støtte til kurs og hospitering i utlandet under overlegepermisjoner.

Tørre og såre slimhinner i underlivet?

Ovesterin
østriol
vaginalkrem/vagitorier



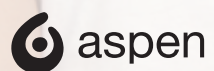
Ovesterin krem og vagitorier er et reseptfritt legemiddel til behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner.¹

Les mer på
mittunderliv.no



Utvalgt sikkerhetsinformasjon for reseptfri bruk:

Skal ikke brukes dersom pasienten har eller har hatt brystkreft, østrogenfølsom kreft, udiagnostisert underlivsblødning, ubehandlet endometriehyperplasi, arteriell eller venøs tromboembolisk sykdom, trombofil forstyrrelse, akutt leversykdom, porfyri, hypersensitivitet overfor østriol. Lege kontaktes ved manglende bedring etter 3-4 uker, underlivsblødning, samt regelmessig (minst en gang i året) for kontroll ved langvarig bruk.^{2,3}



Aspen Nordic, Branch of Aspen Pharma Ireland Limited, Ireland, Borupvang 3, 2750 Ballerup, Danmark

F Ovesterin «Aspen Pharma Trading Ltd» ATC-nr.: G03C A04
Ovesterin (østriol). Indikasjon, reseptfri bruk: Behandling av symptomer på vaginal atrofi på grunn av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. **Dosering:** Ved oppstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. **Urogenital atrofi:** 1 applikatordose krem/1 vagitorie hver kveld de første ukene (maks. 4 uker), deretter gradvis reduksjon basert på symptomlindring, til vedlikeholdsdose: (f.eks. 1 applikatordose krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke) nås. Ved bruk av vaginalkrem og vagitorier, der systemisk eksponering for østriol forblir nær det normale postmenopausale området ved bruk 2 ganger per uke, anbefales det ikke å bruke et progestogen i tillegg. **Administrering, Vaginalkrem:** Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden vha. kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til den røde streken) er 0,5 g vaginalkrem og inneholder østriol 0,5 mg. **Vagitorier:** Brukes ved sengetid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Kjente tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert vaginalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Hormonell substitusjonsbehandling (HRT) bør kun initieres for behandling av symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familleanamnese tas opp, og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas før behandlingsstart. Tilstander som krever oppfølging: Leiomyomer (uterine myomer), endometriose, risikofaktorer for tromboemboliske forstyrrelser, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelighet for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten vaskulære symptomer, gallesten, migrene eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, endometriehyperplasi i anamnesen, epilepsi, astma, otosklerose. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved gulsott, nedsatt leverfunksjon, signifikant blodtrykkstigning, nye anfall av migrenelignende hodepine eller graviditet. Hos kvinner med intakt livmor øker risikoen for endometriehyperplasi og endometriekreft når systemisk østrogen administreres alene over lengre perioder. Endometriesikkerhet ved langtids (> ett år) eller gjentatt bruk av lokalt administrert vaginalt østrogen er ikke kjent. Hvis behandlingen gjentas, bør den derfor evalueres minst årlig. Uavbrutt østrogenstimulering kan føre til premalign eller malign transformasjon av gjenværende foci etter endometriose. Det anbefales forsiktighet ved bruk av legemidlet hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, særlig ved kjent restendometriose. Dersom blødninger eller sporblødninger oppstår når som helst under behandlingen, bør årsaken undersøkes, og dette kan medføre endometriebiopsi for å utelukke endometriemalignitet. For å unngå stimulering av endometriet skal daglig dose ikke overstige 1 applikasjon og maks.dose skal ikke brukes lenger enn maks. 4 uker. For tilstander, der sannsynlighet for og alvorlighetsgrad antas å være betydelig lavere ved lokal behandling enn systemisk, se SPC. Tilstandene bør vurderes ved langvarig eller gjentatt bruk av legemidlet. **Interaksjoner:** Interaksjoner lite sannsynlig pga. minimal systemisk absorpsjon. Interaksjoner med andre lokalt administrerte vaginale behandlinger bør vurderes. Samtidig bruk av kombinasjonen ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, med eller uten dasabuvir, krever forsiktighet pga. fare for ALAT-økning. **Graviditet, amming og fertilitet:** Skal ikke brukes under graviditet og amming. Fertilitet: Ikke aktuelt da preparatet er indisert til postmenopausale kvinner. **Bivirkninger:** Ofte forbigående og kan være tegn på for høye doser. Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsganer/bryst: Ømhet/smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer, irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. For klasseeffekter sett ved bruk av systemisk østrogen, se SPC. **Overdosering:** Usannsynlig ved lokal administrering. **Pakninger uten resept:** Vaginalkrem 15 g og vagitorier 15 stk. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 26.08.2019.

Referanser: 1. Ovesterin SPC (26.08.2019), pkt. 4.1. 2. Ovesterin SPC (26.08.2019), pkt. 4.3. 3. Ovesterin PIL (26.08.2019). Meld bivirkninger på www.legemiddelverket.no/meldeskjema.



«Det er utvilsomt en ressurs for NGF»

Kjære medlemmer i Norsk Gynekologisk Forening!

Årsmøtet 2019 i Bodø var vellykket! Styret er glad for stor deltakelse fra medlemmer og industri. Tusen takk til LOK for solid innsats og takk til CIC for godt arrangement. Vi har fått mange positive tilbakemeldinger fra medlemmer og tror at programmet var variert nok og fagnet bredt i foreningen. Diskusjonen på generalforsamlingen omkring en prinsippetekst om abort var givende og interessant. Det ble ikke votert over den fremlagte teksten, men styret har fått i oppdrag å sette ned en komite som skal arbeide videre med saken og fremme den pånytt i Tønsberg 2020. Personlig tror jeg det ville være modig av vår forening å vedta en prinsippetekst om abort som et mandat til fremtidige styre i en tid der denne saken garantert vil komme opp på den politiske dagsorden igjen. Jeg er heller ikke redd for at vår forening noen ganger krysser en grense der vi beveger oss inn i et politisk landskap. Vi skal ikke være politisk, men vil garantert bevege oss i politiske grenseland. Overgangen er for meg ikke alltid like tydelig. Til grunn bør selvfølgelig alltid faktabasert fagmedisinen ligge, men vi må huske på at vårt fag er et sted der etikk, normer og tro møter medisin. Vi bør ikke være redde for å delta, men heller se det som en mulighet.

Jeg vil nok en gang benytte anledningen til å gratulere alle pristakere fra årsmøtet og selvfølgelig også årets nye spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Utdeling av diplom til nye spesialister under årsmøtemiddagen er en tradisjon vi bør etablere. Det skulle da bare mangle at den fagmedisinske foreningen setter litt pris på våre kolleger som endelig er ferdig med en lang og krevende vei mot spesialitet. Samtidig vil jeg gratulere FUGO med utdanningsprisen, vel gjennomført «boksen går» og takke dere for at dere er aktive og positive medlemmer i NGF. FUGO er virkelig en foregangsforening som andre spesialiteter nå ser til når de ønsker å etablere tilsvarende foreninger for sine utdanningskandidater. NGF er stolt av FUGO og fremtiden synes lys for NGF!

Min tid som leder i NGF går ubønnhørlig mot slutten. 1/1-2020 heter NGF lederen Kirsten Hald. Det er et meget solid valg.

For meg har det vært et udelt privilegium å få lede denne strålende foreningen. Personlig har jeg lært usigelig mye om prosesser, politisk taktikk og om hva som skal til for å bli hørt i det offentlige ordskiftet. Å stille på høring i Stortinget og å diskutere abortlov er krevende. Det er likefult viktig og kan anbefales for de som går med en fremtidig leder i magen. Uenigheten om læreboken i NFOG var ingen hyggelig affære, men jeg mener vi fikk landet det på en god måte etter en konstruktiv prosess og jeg vet at jeg fortsatt har gode venner også fra Danmark! Det har heller ikke vært fritt for uenighet innad i NGF i min tid. Det skulle vel bare mangle når så mange engasjerte og dedikerte mennesker skal møtes, diskutere og forsøke å være enig. Jeg oppfatter det og tolker det dithen at dere er engasjerte. Det er utvilsomt en ressurs for NGF. Hvis jeg likevel kan få lov til å kommentere en ting, måtte det være at vi alle bør prøve å legge det personlige til side og konsentrere oss om sak og kanskje lytte mer enn vi snakker. Så lett og så vanskelig.

Jeg vil takke hver og en av dere som har sittet i styret de siste to årene (Stine, Kirsten, Yngvild, Hans Kristian og Anders). Tusen takk for bidrag, dedikasjon og engasjement. Det har aldri vært vanskelig å diskutere selv de mest kompliserte og vanskelige saker. God stemning har vi hatt i høyeste grad! Tusen takk til Tina som nå avgår som nettredaktør. Du har gjort en fantastisk jobb med å synliggjøre NGF og takk for alt arbeid med fornying av appene. Renate overtar nettansvaret og sammen blir hun og jeg det nord-norske alibiet i styre og stell. Jenny har virkelig gjort Gynekologen meget godt! Du kler redaktørrollen. Vi er meget glad for å ha deg med videre. Stine forlater styret etter 6 år og inn i det nye styret kommer som vitenskapelig sekretær en kjernekar fra Sandane som er bosatt i Stavanger. God på gitar er han også! Jeg er sjeleglad for at jeg skal få være med Ragnar og resten av gjengen i to år til. Jeg tror kvinnen i mitt liv der hjemme også er glad for at jeg fortsetter med styrearbeid i NGF. Fra meg blir det derfor takk og på gjensyn!

nh

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 tabletter. 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 tabletter. 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 sykluser (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-/sporbledning 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 sykluser. 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 menstraasjon. Ved kirurgisk induert 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-/sporbledning 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. **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 innholdsstoffene. 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/oppfølging:** Før HRT startes eller gjenoppnas 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 billediagnostikk, 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 migrenelignende 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 syklus eller kontinuerlig kombinert østrogen-progestogenbehandling hos kvinner med intakt uterus, kan redusere den økte risikoen forbundet med HRT med østrogen alene. Gjennombrudds-/sporbledning 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-varigheten. Økt risiko vises etter ca. 3 års bruk, men normaliseres i løpet av få år etter seponering (maks. 5 år). HRT, spesielt kombinert østrogen-progestogenbehandling, øker tettheten på mammografibilder, 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 østrogener, 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 eller elektiv kirurgi bør HRT seponeres midlertidig 4-6 uker før inngrepet. Behandling bør ikke gjenoppnas før kvinnen er fullstendig mobilisert. HRT er kontraindisert ved familier 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):** Relativ risiko for CAD øker noe ved kombinert HRT med østrogen-progestogen. Absolutt risiko for CAD ved baseline er sterkt aldersavhengig, og antall tilleggstilfeller 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 opptil 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 væskeretensjon, 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 plasmatriglyseridnivåer som har ført til pankreatitt. Østrogen øker thyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt thyreoideahormonivå. Opptak av T₂-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 induserer legemiddelmetaboliserende enzymer (spesielt CYP450), slik som antiepileptika, antiinfektiver og johannesurt (prikiperikum). 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 blødningsprofil.

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

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmerte. Kjønnsgener/bryst: Smerter/ømhet i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerten. 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) Infeksjoner: Vaginal candidiasis. Kjønnsgener/bryst: Bekkensmerte, cervical utflod, menstruasjonsforstyrrelse (inkl. postmenopausal sporbledning, 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. Infeksjoner: Cystittlignende symptomer Kar: Hypertensjon, perifer vaskulær sykdom, varicer, venøs tromboembolisme. Kjønnsgener/bryst: Brystforstørrelse, premenstruelt syndrom. Lever/galle: Galleblæresykdom, unormal leverfunksjon (av og til med ikterus, asteni eller malaise og abdominalsmerte). Psykiske: Libidoforstyrrelser. Svulster/cyster: Forstørrelse av uterine leiomyomer. Undersøkelser: Vektup. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymf: Hemolytisk anemi. Hjerte: Hjerteinfarkt. Hud: Angioødem, erythema nodosum, kloasma (som kan vedvare etter seponering av legemidlet), vaskulær purpura. Kar: Hjerneslag. 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, abdominalsmerte, tretthet/fatigue og bortfallsblødning kan forekomme. **Behandling:** Ikke sannsynlig at spesifikk eller symptomatisk behandling er nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogener 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.

Mylan Healthcare Norge AS

PB 194, 1371 Asker

Telefon: 66 75 33 00

infororge@mylan.com

 **Mylan**
Better Health
for a Better World



Utvalgt sikkerhetsinformasjon: 1

Indikasjoner Femoston®: 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: 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: Kjent, 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: 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.

- Femoston og Femostonconti SPC (28.08.2019 og 07.08.2019) avsnitt 4.1, 4.3 og 4.4
- Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R, Huber J, et al. Classification and pharmacology of progestins. Maturitas. 2003 Dec 10;46 Suppl 1:S7-S16
- https://en.wikipedia.org/wiki/Dydrogesterone

Mylan Healthcare Norge AS

PB 194, 1371 Asker

Telefon: 66 75 33 00

infororge@mylan.com

 **Mylan**
Better Health
for a Better World

Styret i Norsk gynekologisk forening

Styret består av leder, nestleder og fire styremedlemmer. Lederen velges ved eget valg og bør ha sittet i styret tidligere. Styrets øvrige medlemmer velges samtidig. Styret skal ha følgende sammensetning: Et medlem er representant for praktiserende spesialister, et medlem er ikke-spesialist i utdanningsstilling, og minst et medlem skal ha akademisk kompetanse. Det velges tre varamedlemmer, hvorav to er personlige varamedlemmer for henholdsvis styrets ikke-spesialist og for den praktiserende spesialist.

Styrets funksjonsperiode er to år fra 1.januar etter styrevalget,

og leder sitter i to eller maksimalt 4 år ved gjenvalg. Styremedlemmene velges for en periode med mulighet for gjenvalg, men maksimalt seks år.

Styret er beslutningsdyktig når minst halvparten av styrets medlemmer er til stede. Leder har ved stemmelikhet dobbeltstemme.

Redaktør for Gynekologen og Nettredaktør har møterett på styremøter.



Nils-Halvdan Morken.

Leder NGF.
Overlege Haukeland Universitetssjukehus og Professor Universitetet i Bergen. Interessert i obstetikk, reproduktiv epidemiologi, ølbygging og sykling.



Stine Andreassen.

Nestleder NGF, Phd og Seksjonsoverlege generell gynekologi, Nordlandssykehuset Bodø, Amanuensis II Norges Arktiske Universitetet.



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.



Kirsten Hald.

Vitenskapelig sekretær. Overlege PhD, Gynekologisk Avdeling, OUS. Interessert i hele faget; men mest i minimal invasiv kirurgi, myomer og misdannelser.



Hans Kristian Opøien.

Kasserer NGF. Overlege v/ Kvinne-klinikken AHUS. PhD i reproduksjonsmedisin/ endometriose.



Anders Einum

Sekretær NGF, styremedlem FUGO. LiS Haukeland Universitetssykehus, for tiden i utlendighet på kirurgien.

Nytt fra NGF-styret

Siden forrige innlegg har det vært holdt to styremøter. Et møte i Split Kroatia som var kombinert med strategisamling for styret 14-17 september 2019, samt ett møte rett forut for årsmøtet i Bodø den 23. oktober 2019.

Under styremøtet i september ble det besluttet å stille i Stortingshøring om fødselsomsorgen. Samtidig skrev vi og planla publisering av kronikk om fødselsomsorgen for å få frem NGFs synspunkter i saken, samt poengter momenter vi mener så langt har manglet i den offentlige diskusjonen.

Vi besluttet videre å legge frem sak for generalforsamlingen om at veileder i obstetikk etter mal fra gynekologi sendes på høring til medlemmene. Tildelinger i NGFs kvinnehelsefond ble diskutert og vedtatt. Frode Halland er oppnevnt som NGFs representant i referansegruppen for den nasjonale overvåkingen av infeksjoner i operasjonsområder (NOIS-POSI), han overtar for Heidi Thornhill som ønsket avløsning.

Vi vedtok videre en prøveordning for påmeldingsavgift til formøtene på 100 kr til en pott som de ulike formøtene kan søke om til dekning av eksterne foredragsholdere som ikke blir dekket av eksterne fond/organisasjoner eller arbeidsgiver. Man kan da få dekt reise på økonomiklasse og en overnatting. Vi ønsker å teste ut dette ifm årsmøtet i 2020.

Begge møtene gikk i stor grad med til planlegging og diskusjon rundt det forestående årsmøtet. Styret har i begge møter diskutert saker fra medlemmer angående revisjonen av veileder i obstetikk.

Neste styremøte blir overgangsmøte mellom gammelt og nytt styre med påfølgende middag den 28. november hos nåværende leder i Bergen.

På vegne av styret i NGF
Nils-Halvdan Morken



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 slimhinnenes 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 info eller bestilling av prøver, kontakt oss på: post@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.

Sana Pharma Medical AS | Enebakkveien 117 A, 0680 Oslo | Tlf: 21 95 07 40 | E-post: post@sanapharma.no | www.sanapharma.no

▼ Gardasil 9

MSD Vaccins

Vaksine mot humant papillomavirus.

Står ikke på WADAs dopingliste

ATC-nr.: J07B M03

C INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 30 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 60 µg, type 18 L1-protein ca. 40 µg, type 31 L1-protein ca. 20 µg, type 33 L1-protein ca. 20 µg, type 45 L1-protein ca. 20 µg, type 52 L1-protein ca. 20 µg, type 58 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborax, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfatadjuvans) 0,5 mg, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥9 år mot følgende HPV-sykdommer: Premaligne lesjoner og kreft i livmorhals, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typene som vaksinen dekker. Kjønnsvorter (condyloma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typer. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Skal brukes iht. offisielle anbefalinger.

Dosering: Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Personer 9-14 år:** Gis iht. en 2-dose plan eller som en 3-dose plan. Vaksinasjonsplan med 2 doser (måned 0 og 6-12 måneder): 0,5 ml gis ved måned 0 og måned 5-13. Dersom 2. dose gis tidligere enn 5 måneder etter 1. dose skal det alltid gis en 3. dose. Alternativt følg vaksinasjonsplan med 3 doser hvor 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. **Personer ≥15 år:** Vaksinasjonsplan med 3 doser: 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. Personer som tidligere er vaksinert med kvadrivalent HPV-vaksine kan få 3 doser med Gardasil 9. Sikkerhet og effekt for kvinner ≥27 år er ikke studert. Effekt av Gardasil er vist hos kvinner 27-45 år. Basert på sammenlignbar immunogenitet forventes det at Gardasil 9 også har effekt i denne aldersgruppen. **Spesielle pasientgrupper:** Barn <9 år: Sikkerhet og effekt er ukjent, ingen tilgjengelige data. **Tilberedning/Håndtering:** Ferdigfylt sprøyte klar til bruk. Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før bruk. Kast vaksinen dersom partikler eller misfarging oppdages. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Passende kanylen velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Fest kanylen til sprøyten ved å vri den med klokken. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel og avfallsmateriale skal destrueres iht. lokale krav. **Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Skal ikke injiseres intravaskulært, s.c. eller intradermalt.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine. **Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktiske reaksjoner. Synkope, iblant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinasjon, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke neurologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk-kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Vaksinasjon bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, f.eks. en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer bør fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert for behandling av livmorhals-, vulva-, vaginal- og analkreft, høygradige livmorhals-,

vulva-, vaginale- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virusstyper i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screening av livmorhals. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinenes sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsviktvirus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Bør gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenitets- eller effektivitetsdata støtter bytte til andre HPV-vaksiner, derfor er det viktig at samme vaksine forskrives for hele doseregimet.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B M03. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt, uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Tilgjengelige data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Anbefales imidlertid ikke pga. utilstrekkelige data. Bør utsettes til etter fullført graviditet. *Amming:* Kan gis til ammende. *Fertilitet:* Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonstoksicitet i dyrestudier.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Pruritus og blåmerker på injeksjonsstedet, feber, tretthet. Ukjent frekvens: Blod/lymfe: Idiopatisk trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner, bronkospasme og urticaria. Infeksiøse: Cellulitt ved injeksjonsstedet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Neurologiske: Akutt disseminert encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, frysninger, uvelhet.

Overdosering/Forgiftning: Ingen tilfeller rapportert.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-infeksiøs, rekombinant 9-valent vaksine med adjuvans, laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de 9 HPV-typene i vaksinen. Basert på epidemiologiske studier, forventes beskyttelse mot HPV-typene som forårsaker ca. 90% av tilfellene av livmorhalskreft, >95% av tilfellene av AIS, 75-85% av CIN 2/3, 85-90% av HPV-relatert vulvakreft, 90-95% av VIN 2/3, 80-85% av HPV-relatert vaginalkreft, 75-85% av ValN 2/3, 90-95% av HPV-relatert analkreft, 85-90% av AIN 2/3 og 90% av tilfellene av kjønnsvorter. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinasjonstidspunktet. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke fastslått. 99,6-100% var seropositive for antistoffer mot alle 9 vaksinetypene i 7. måned i alle testgrupper. GMT var høyere hos jenter og gutter 9-15 år enn hos kvinner 16-26 år, og høyere hos gutter enn hos jenter og kvinner. Eksakt varighet av immunitet etter primæraksinasjon er ikke fastslått. Hos gutter og jenter 9-15 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 5 år, og avhengig av HPV-type er 90-99% seropositive. Hos kvinner 16-26 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 5 år, og avhengig av HPV-type er 78-100% seropositive.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Gis så snart som mulig etter uttak fra kjøleskap.

Pakninger og priser: INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) kr. 1381,60.

Sist endret: 11.09.2018

Referanser:

1. Castellsagué X, Muñoz N, Pitisuttithum P, et al. End-of-study safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent HPV (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in adult women 24-45 years of age. Br J Cancer. 2011;105(1):28-37. 2. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Human papillomavirus. In Atkins W, Hamborsky J, Stanton A, et al, eds. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 12th rev ed. 2nd printing. Washington DC: Public Health Foundation: 2012:139-150. 3. Gardasil 9 SPC april 2019, seksjon 2, 4.1 og 5.1

Har du vaksinert deg?

Voksne kan også ha nytte av å vaksinere seg mot HPV¹

HPV-viruset smitter begge kjønn i alle aldre²

Det er ingen øvre aldersgrense for å vaksinere seg med Gardasil 9³

Gardasil 9 beskytter mot HPV-relatert kreft og kjønnsvorter*³



Lær mer om Gardasil 9 på vår hjemmeside

* Gardasil 9 gir beskyttelse mot Humant Papilloma Virus (HPV) 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR GARDASIL 9

KONTRAINDIKASJONER:

Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene. Personer med overfølsomhet etter tidligere administrering av Gardasil 9 eller Gardasil/Silgard skal ikke få Gardasil 9.

FORSIKTIGHET:

Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Gardasil 9 skal brukes i henhold til offisielle anbefalinger.

Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen



Kjære alle FUGOister!



Av Hilde Bastøe Sellevoll, leder FUGO

Først og fremst vil jeg takke for noen superhyggelige dager i Bodø! Det var gøy at så mange LiS hadde mulighet til å komme på årets FUGO-kurs. Og enda bedre var det å få beundre flere flinke LiS presentere sitt eget arbeid under årsmøtet. Jeg er virkelig imponert over hva kollegaer får til av små og store prosjekter innimellom spesialisering og alt annet som skjer i livet. Under årsmøte-middagen var det også flere LiS som fikk tid og applaus. Det var gøy å se de funklende nye spesialistene på scenen – diplom kan kanskje rammes inn til og med? I tillegg vil jeg påstå at spenningen nådde nye høyder med «Battle of the Best». Kanskje kan en slik årlig konkurranse inspirere til videre laparoskopitrening ved de ulike avdelingene?

For min egen del er jeg fornøyd med å ha gjennomført mitt første år som FUGO-leder. Det har vært morsomt, spennende, utfordrende og til tider litt stressende å få lov til å være forsk styreleder for en så fabelaktig gjeng med arbeidshester. Det har også vært inspirerende å knytte kontakter med engasjerte kollegaer på kryss og tvers av landet. Vanvittig gøy og veldig overraskende syns jeg det også var at FUGO vant Utdanningsprisen 2019. For oss i FUGO-styret er dette selvsagt en super-viktig annerkjennelse av arbeidet vi legger ned med blant annet å arrangere årlige kurs og nå også kampanjen «Boksen går». En slik stor og skinnende pokal øverst i bokhylla er en solid inspirasjon til å bidra enda mer til en bedre utdanning for LiS. Og hvis jeg skulle ønske meg én ting i 2020, måtte det være å se flere LiS ved FUGOs formøte og

generalforsamling. Det kan sikkert virke tørt og kjedelig, men det anbefales likevel å få et innblikk i hva som rører seg i foreningen. Og her kan du selvsagt fremme egne saker og det kan stilles kritiske spørsmål – slik kan vi bare bli enda bedre!

Dersom du ikke fikk med deg kursbevis, diplom, pokal eller dans ved årsmøtet i denne omgang, finnes det forhåpentligvis muligheter senere. For dette er noe alle LiS bør tilstrebe å få med seg, både for det faglige innholdet og for det sosiale – jeg gleder meg allerede til neste år!

Helt til slutt ønsker jeg igjen å gratulere de nye spesialistene og ønsker dere alle sammen God Jul!

Karianne Sagberg
Solveig Thorarinsdottir
Marte Myhre Reigstad
Silje Eilertsen Denstad
Caren Magdalena Rydland Værnesbranden
Renate Torstensen
Gry Findal
Marit Vidringstad
Camilla Stadheim Hellum
Camilla Wold Kox
Pernille Nylehn
Elise Thoresen Sletten
David Erik Forsse
Pernille Kristina Bjerre Trent

Sindre Grindheim
Berit Ringstad Olsen
Ala Jabri Haug
Saira Nazneen Mushtaq
Beate Nordby
Marthe Lene Telle
Hilde Marie Engjom
Grethe Birgitte Smedsaas
Anja Arntsen Skogen
Anne Marie Toralba Barrameda
Kristin Tørresen
Monica Strømme Hermanrud
Åsmund Mjøen-Vigeland
Alda Birgisdottir

Kjersti Westvik Johari
Ane Moe Holme
Marita Anette Sandvold Lomheim
Wenche Hauso
Camilla Svensvik
Anne Margit Fretland Danielsen
Jane Kasin Granum
Jo Inge Nersveen
Ingrid Lillegraven-Deeg
Aiste Barisauskiene
Martin Mækælæ Lindblad
Aud Elisabeth Farstad Smogeli

Referat generalforsamling FUGO 2019

Scandic Hotel Havet, Bodø, 23.10.19 kl 17:30-18:10

Til stede fra FUGO-styret: Hilde Sellevoll, Anders Einum, Marianne Omtvedt, Mathias Sonstad
Til sammen 16 stemmeberettigede FUGO-medlemmer tilstede, inkludert 4 styremedlemmer.

- Hilde Sellevoll valgt som ordstyrer, Mathias Sonstad valgt som referent.
- Innkalling godkjent. Kort presentasjon av sittende FUGO styre og NGF styre.
- Orientering om NGFs arbeid ved Anders Einum, inkludert viktige saker fra året som har gått.
- Kort orientering om den nye fagaksen i legeföreningen. FUGO har en fast representant i Faglandsrådet, underlagt Fagstyret. Thea Falkenberg Mikkelsen (tidligere FUGO-leder) er valgt inn i Fagstyret (som én av to LIS) og representerer FUGO i Faglandsrådet.
- Orientering om Endoskopiutvalget ved Marianne Omtvedt.
- Orientering om «Boksen går!» ved Marianne Omtvedt. «Battle of the best» 23.10.19. Spørreundersøkelsen viser at LIS etter kampanjen har økt treningsmengde, økt motivasjon for å trene, men liten/ingen tid i hverdagen til å trene. Det er økt treningsmengde ved de avdelingene som har svart på undersøkelsen.
- Orientering om NFYOGs arbeid ved Hilde Sellevoll. LIS oppfordres til å søke NFOG-fond.

- Orientering om ENTOG ved Hilde Sellevoll. ENTOG-utveksling i 2018 til Frankrike. Utveksling i 2020 i Bergen/Norge.
- Hilde Sellevoll presenterer regnskap for 2018. Det viser et overskudd på 8800kr. Godkjent ved akklamasjon.
- Hilde Sellevoll presenterer budsjett for 2020. Det planlegges et nullbudsjett. Godkjent ved akklamasjon.
- Informasjon om FUGO-kurs ved Mathias Sonstad. Årets kurs hadde tema «Grunnleggjande hysterokopi». For neste år er det kommet forslag om adenomyose og endometriose. Medlemmer oppfordres til å komme med evt. andre forslag på e-post.
- Valg av FUGO styre 2020. Liva Helleland og Anders Einums ble valgt inn i styret for 2 år i 2018. Anders Einum presenterer valgkomiteens innstilling på øvrige 4 styreplasser og 1 varaplass. Valgkomiteen har bestått av tidligere styremedlemmer Thea Falkenberg Mikkelsen og Tiril Tingleff. Det er levert følgende innstilling:

Plass nr 1: Hilde Sellevoll (gjenvall)
Plass nr 2: Marianne Omtvedt (gjenvall)
Plass nr 3: Mark Lewis Barbero (Bergen)
Plass nr 4: Øystein Bergøy (Stavanger)
Plass nr 5: Mathias Sonstad (gjenvall) – vara

Valgkomiteens innstilling vedtatt ved akklamasjon.

FUGO-kurs 23.10.19

Tradisjonen tro arrangerte FUGO sitt kurs dagen før årsmøtet i Bodø.

Til sammen 38 deltakere hadde tatt veien til Nordlandssykehuset Bodø denne dagen. Tema for årets kurs var «grunnleggjande hysterokopi». Det var et teoretisk kurs, men med fokus på praktiske tips til LIS, med videoeksempler og bilder.

Kursets forelesere var invitert fra Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF, Nordlandssykehuset HF og Oslo Universitetssykehus HF. Forelesningene dekket poliklinisk hysterokopi, dagkirurgisk hysterokopi (inkludert TCR), intrauterin patologi, komplikasjoner ved hysterokopi og anestesi ved hysterokopi. Foreleserne åpnet også for spørsmål underveis og etter forelesningene. Flere av dem var dessuten til stede gjennom hele dagen, og bidro i diskusjonene.

Tilbakemeldingene i etterkant av kurset var at det var relevant for LIS, at det ellers er lite fokus på opplæring av LIS i hysterokopi, og at det optimale ville vært et kurs med mulighet for praktisk opplæring. Dette var ikke innenfor rammene av hva som var mulig å få til denne gang.

FUGO-kurset i dagens form, med varierende tema fra år til år, går en viss fremtid i møte. Det arbeides med å få kurset inkludert i kursporteføljen for ny spesialistutdanning. Dette er en forutsetning for at LIS får reisestøtte fra Legeföreningens utdanningsfond 3 til dette kurset. Det kan være utfordrende å få inkludert et kurs med vekslende tema fra år til år, men vi håper det kan være mulig likevel. Vi planlegger uansett å arrangere FUGO-kurs de neste to årene for dem som blir ferdige spesialister under «gammel» ordning. Tema for neste års kurs er ikke endelig bestemt ennå, men det er kommet inn forslag om «adenomyose og endometriose». Medlemmer oppfordres til å komme med egne forslag – send oss en epost – så blir endelig tema bestemt på nyåret.

Takk til Renate Torstensen (OUS), Line Korbøl (Drammen Sykehus), Lars Espen Ernø (Sykehuset Østfold), Kristine Flaten (Drammen Sykehus) og Benjamin Stage Storm (Nordlandssykehuset Bodø) for strålende kursforelesninger!

Mathias Sonstad, kursleder/FUGO

ERFARINGER FRA «BOKSEN GÅR!»

Av Marianne Omtvedt, Liva Helleland, Ane Bergquist og Renate Torstensen (prosjektgruppa)

«Boksen Går!» ble rundet av med en nasjonal «BATTLE OF THE BEST» på NGF årsmøte i Bodø. Det ble Skien vs. Hammerfest i en forrykende finale. LIS Mathias Sonstad hadde best kontroll på nervene og stakk av med seieren. LIS Birgitte Gogstad kapret andreplassen og med kun 1 års fartstid i faget er det intet mindre enn imponerende! Vi gratulerer!



STATUS FOR LAPAROSKOPITRENING VED OPPSTART

Samtlige 31 gynekologiske avdelinger i Norge som driver med laparoskopi var initialt med på kampanjen. 26 av disse var representert med kontaktpersoner på felles oppstartsmøte i september i fjor. Kontaktpersonene presenterte deretter kampanjen lokalt, skaffet til veie evt. manglende utstyr og la en tidsplan for trening. Målet ilet kampanjeperioden var å få flest mulig LIS gjennom sertifisering del 1, som består av 5 basale øvelser.

Før oppstart av kampanjen sendte vi ut et spørreskjema for å kartlegge status for laparoskopitrening. 90% av LIS svarte at de ikke var fornøyd med treningsmengden. Manglende tid og veiledning ble oppgitt som hovedgrunnene til at laparoskopitrening ikke ble gjennomført. 74% mente de ville ha følt seg mye tryggere med sertifiseringskrav før laparoskopi i praksis, mens 26% ville ha følt seg noe tryggere. 10% av avdelingene manglet øvingsboks, men det vil samtidig si at 90% hadde dette tilgjengelig, men det ble i liten grad brukt. Av overlegene svarte 68% at det var ingen eller utilfredsstillende trening ved deres avdeling. Så her var forbedringspotensialet helt klart stort!

Godt over 100 LIS svarte på spørreskjemaet ved oppstart, mens

det ved avslutningen var i underkant av 50 som svarte. «Boksen Går!» er ingen studie, men en kampanje for å fremme laparoskopitrening lokalt på avdelingene. Resultatene som følger er erfaringer vi har gjort oss ilet kampanjeperioden.

STATUS FOR TRENING ETTER 1 ÅR MED KAMPANJE

Litt over halvparten av LIS (52,4%) har til nå fullført sertifisering del 1. Av de som ikke har fullført del 1, ser vi at et flertall har mindre enn 6 mnd. erfaring med «Boksen Går!». Vi ser at LIS fortsatt ikke er fornøyd med treningsmengden, 83% sammenliknet med 90% tidligere. Samtlige angir manglende tid som årsak til at de ikke får trent nok, mens 25% oppgir manglende veiledning. Mangel på utstyr er nå et mindre problem. På den positive siden så ser vi at de aller fleste LIS opplever at definerte krav har virket motiverende for trening. For 56,4% har treningsmengden økt noe, mens for 28,2% har den økt mye. Vi får de samme tallene når vi spør om program og definerte krav har gjort at LIS føler seg tryggere under operasjoner.

Når vi spør overlegene som er kontaktpersoner så svarte 25% ved oppstart at det var ingen trening ved deres avdeling. Etter 1 år svarer ingen dette, men det kan også være at avdelingene i denne



«Boksen Går!» hadde egen stand under årsmøtet



Nervepirrende finale under årsmøtemiddagen. Fra venstre: Marianne Omtvedt, finalistene Birgitte Gogstad og Mathias Sonstad, samt Renate Torstensen



Vinner av "Battle of the Best 2019" Mathias Sonstad (i midten) med stolte kollegaer ved siden av, Stig Rekkedal Hill og Solveig Thorarinsdottir



Finale mellom Birgitte Gogstad fra Hammerfest og Mathias Sonstad fra Skien til lyden av "Final countdown"

gruppen ikke har svart på spørreskjemaet. Tendensen er likevel at det går i riktig retning og flere angir nå at treningsmengden er tilfredsstillende eller bra sammenliknet med for 1 år siden.

Overlegene er enig med LIS-ene at det er tiden det står på og i mindre grad manglende veiledning eller mangelfullt utstyr. De fleste opplever at sertifiseringprogrammet har gjort LIS tryggere i operatørrollen, 60% svarer noe tryggere, mens 20% svarer mye tryggere.

STORT ENGASJEMENT PÅ AVDELINGENE

Så noen utfordringer er det fortsatt, spesielt dette med avsatt tid til trening. Utstyret står der, øvelsene er klare, LIS-en vil øve og overlegen vil veilede, men uten avsatt tid til trening skjer det fint lite.

Vi i prosjektgruppen har fulgt kampanjen tett det siste året og vår oppfatning er at det jobbes veldig bra med laparoskopitrening på de ulike avdelingene. Mange avdelinger har fått det sparket bak de trengte for å komme i gang med treningen. Tilbakemeldingene på kampanjen har vært svært gode og flere avdelinger har nå strukturert trening som en del av arbeidshverdagen og sier de kommer til å fortsette med dette selv om kampanjeperioden er over. Vi i prosjektgruppa oppfordrer avdelingene til å bygge videre på det arbeidet som allerede er lagt ned i kampanjen lokalt. Få på plass avsatt tid til trening, så ligger alt til rette for strukturert trening over tid.

BATTLE OF THE BEST 2019

For å runde av kampanjen inviterte vi til BATTLE OF THE

BEST, en nasjonal laparoskopikonkurranse. 10 avdelinger deltok i kvalifiseringsrunden og jobbet seg raskest mulig gjennom slalåmløypa med krum nål. Her var LIS Camilla Bowen fra OUS desidert raskest med en imponerende tid på 56 sekunder! De tre andre som kvalifiserte seg til semifinalene var Per Kristen Teigen fra Levanger, Birgitte Gogstad fra Hammerfest og Mathias Sonstad fra Skien. Birgitte og Mathias kom seg som kjent videre til finalen. De jobbet seg gjennom slalåmløypa for tredje gang, live overført på storskjerm, til lyden av «Final Countdown» på anlegget og til stor entusiasme fra publikum. Spenningen stod i taket og Mathias Sonstad stakk til slutt av med seieren og med det pokalen, diplommet og ikke minst et reisestipend på 10k til kurs/kongress i laparoskopi. Gratulerer!

Overlegene ble også oppfordret til å teste slalåmløypa ilet dagen og registrere sin beste tid. Guri Bårdstu Majak fra OUS klinte til og stakk av med diplommet for «Overlegent beste tid».

Vi i prosjektgruppa ønsker å takke alle involverte for innsatsen som er lagt ned siste året for å få gjennomført kampanjen. En spesiell takk til kontaktpersonene lokalt samt veilederne våre Klaus Oddenes, Anne Veddeng og Siri Skrøppa.

Selv om kampanjeperioden nå offisielt er over, så håper vi at grunnlaget er lagt for at «Boksen Går!» lever videre på avdelingene. Mange LIS jobber fortsatt med sertifisering del 1 og noen er i gang med sertifisering del 2. Det kan komme godt med når vi i neste nummer av Gynekologen annonserer hvor «Boksen Går – Videre!». Følg med!



Lynparza® tabletter

Ny indikasjon:

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 peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter fullført forstelinje platinabasert kjemoterapi¹

De hyppigste bivirkningene ved bruk av Lynparza er: kvalme, oppkast, diare, dyspepsi, tretthet (fatigue), hodepine, dysgeusi, nedsatt appetitt, svimmelhet og anemi.

Fullstendig blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, anbefales de første 12 måneder og deretter periodevis.

Ref.: 1. Lynparza SPC sec 4.1 Jun 12th 2019, 2. Lynparza SPC sec 4.4

▼ Lynparza «AstraZeneca»

C Antineoplastisk middel. **ATC-nr.: L01X X46**
H KAPSLER, harde 50 mg: Hver kapsel inneh.: Olaparib 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Skjellakk, sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

H TABLETTER, filmdrasjerte 100 mg og 150 mg: Hver tablett inneh.: Olaparib 100 mg, resp. 150 mg, mannitol. Fargestoff: Gult jernoksid (E172), svart jernoksid (E172) (kun 150 mg). **Indikasjoner: Kapsler: Ovarialkreft:** Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, BRCAmutert (kimbanen og/eller somatisk), høygradig, serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi. **Tabletter: Ovarialkreft:** 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 peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter fullført forstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv høygradig kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi. **Bystrkreft:** Monoterapi for behandling av voksne med kimmelle BRCA1/2mutasjoner som har HER2negativ lokalavansert eller metastatisk brystkreft. Pasienter bør ha fått tidligere behandling med et antrasyklin og et taksan i (neo)adjuvant eller metastatisk setting, med mindre pasientene ikke var egnet for disse behandlingene. Pasienter med hormonreseptor (HR)positiv brystkreft skal i tillegg ha progrediert under eller etter tidligere endokrin behandling, eller blitt vurdert til å være uegnet for endokrin behandling. **Dosering:** Behandling bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i bruk av legemidler til kreftbehandling. **NB! Viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter:** Kapsler (50 mg) skal IKKE erstattes med tabletter (100 mg og 150 mg) på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet for hver formulering. Tabletter skal heller IKKE erstattes med kapsler på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet for hver formulering. De spesifikke doseringsanbefalingene for hver formulering skal derfor følges. **Kapsler, behandling av ovarialkreft:** NB! Kapsler er IKKE byttbar med tabletter på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet, se viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter ovenfor. **Påvisning av mutasjon før behandlingsoppstart:** Pasienten må ha påvist skadelig eller mistenkt skadelig mutasjon (enten i kimmelle eller i svulst) i brystkreftgenene (BRCA) før behandling igangsettes. BRCA mutasjonsstatus bør undersøkes i et kvalifisert laboratorium ved å benytte en validert testmetode. Genetisk rådgivning til pasienter med BRCA1/2-mutasjoner bør utføres iht. lokalt regelverk. **Anbefalt dose av kapsler:** 400 mg (8 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose 800 mg). Behandlingen bør startes senest 8 uker etter at siste dose med platinabasert regime er avsluttet. Behandlingen bør fortsette til progresjon av underliggende sykdom eller uakseptabel toksisitet oppstår. Data på gjentatt olaparibbehandling ved etterfølgende tilbakefall finnes ikke. **Dosejusteringer av kapsler ved bivirkninger:** Behandlingen kan avbrytes for å håndtere bivirkninger som kvalme, oppkast, diaré og anemi. Dosereduksjon kan vurderes. Anbefalt dosereduksjon er til 200 mg 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose 400 mg). Er ytterligere dosereduksjon nødvendig, anbefales reduksjon til 100 mg 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose 200 mg). **Dosejusteringer av kapsler ved samtidig bruk av CYP3A-hemmere:** Samtidig bruk av kraftige eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, og alternative midler bør vurderes. Ved samtidig bruk av sterk CYP3A-hemmer reduseres tabletdosen til 100 mg (1 tablett à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsv. en total daglig tabletdose på 200 mg). Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres tabletdosen til 150 mg (1 tablett à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsv. en total daglig tabletdose på 300 mg). **Glemt dose:** Ved glemt dose, ta neste normale dose til planlagt tid. Dobbel dose skal ikke tas. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A eller B). Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh C, da sikkerhet og farmakokinetikk ikke er undersøkt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt nyrefunksjon (CICR 51-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (CICR 3150 ml/minutt) er anbefalt dose for kapsler 300 mg 2 x daglig (tilsv. daglig totaldose 600 mg) og anbefalt dose for tabletter 200 mg (2 tabletter à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose på 400 mg). Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresvikt (CICR <30 ml/minutt). Kan brukes hvis fordel oppveier potensiell risiko. Pasienten bør overvåkes nøye mht. nyrefunksjon og bivirkninger. **Barn og ungdom:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått, ingen data. **Eldre:** Ingen justering av startdose. Begrensede kliniske data hos eldre ≥75 år. **Ikke-kaukasiske pasienter:** Ikke nødvendig med dosejustering på grunnlag av etnisitet. **Administrering:** Inntak av grapefruktjuice skal unngås under behandlingen. **Kapsler:** Bør tas minst 1 time etter mat, og inntak av mat bør avstås fra i 2 timer etterpå. **Tabletter:** Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele. Skal ikke tygges. Skal ikke knuses, oppløses eller deles. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Amning under behandling og i 1 måned etter siste dose. **Forsiktighetsregler: Hematologisk toksisitet:** Er rapportert, inkl. kliniske diagnoser og/eller laboratoriefunn av generell mild eller moderat (CTCAE grad 1 eller 2) anemi, nøytropeni, trombocytopeni og lymfopeni. Behandling bør ikke startes før restitusjon fra

hematologisk toksisitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og nøytrofivervdier bør være CTCAE grad ≤1). Fullstendig blodtelling ved baseline og deretter månedlig, anbefales de første 12 månedene og deretter periodevis. Behandlingen skal avbrytes og hensiktsmessig hematologisk testing igangsettes, ved alvorlig hematologisk toksisitet eller behov for blodtransfusjon. Forblir blodparametrene klinisk unormale etter 4 ukers behandlingsavbrudd, anbefales benmargsanalyse og/eller cytogenetisk blodanalyse. **Myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML):** Rapportert hos et lite antall pasienter (<1.5%) ved monoterapi eller i kombinasjon med annen kreftbehandling (de fleste tilfellene var fatale). Behandlingsvarighet hos pasienter som utviklet MDS/AML varierte fra <6 måneder til >2 år. Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert, anbefales det at behandlingen seponeres og at pasienten får egnet behandling. **Pneumonitt:** Rapportert hos <1% av pasientene (inkl. fatale tilfeller). Behandlingen bør avbrytes og utredes raskt, ved nye eller forverrede respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller ved unormal radiologisk funn i brystet. Ved bekreftet pneumonitt avbrytes behandlingen, og pasienten behandles hensiktsmessig. **Innholdsstoffer:** Tabletter: inneholder 0,24 og 0,35 mg natrium pr. tablett à hhv. 100 mg og 150 mg, dvs. praktisk talt natriumfritt. **Bilkjøring og bruk av maskiner:** Moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter kan oppleve fatigue, asteni eller svimmelhet. Pasienter som opplever disse symptomene bør utvise forsiktighet ved bilkjøring eller ved bruk av maskiner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, se interaksjonsanalyse. Kombinasjon med andre legemidler mot kreft, inkl. DNA-skadelige midler, viser forsterket og forlenget myelosuppressiv toksisitet. Kombinasjon med vaksiner eller immunsuppressiver er ikke undersøkt, og forsiktighet bør utvises. Pasienten bør overvåkes nøye. **Effekt av andre legemidler på olaparib:** Olaparib metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4/5. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-induktorer er ikke anbefalt, da effekten kan bli betydelig redusert (se SPC). Effekten av moderate induktorer er ikke fastslått, samtidig bruk er ikke anbefalt. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, se Dosering og SPC. Grapefruktjuice skal unngås. Samtidig bruk av rifampicin, en CYP3A-induktor reduserer olaparib gjennomsnittlig C_{max} AUC. Kjente kraftige CYP3A-induktorer er derfor ikke anbefalt, siden det er mulig at effekten av olaparib kan bli betydelig redusert. Effekten av moderate til kraftige CYP3A-induktorer på olaparibeksponering er ikke fastslått. Samtidig bruk med disse er derfor heller ikke anbefalt. Tamoksifen reduserer olaparibeksponeringen med 27% (klinisk relevans ukjent). **Effekt av olaparib på andre legemidler:** Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av CYP3A-substrater som er sensitive eller som har smalt terapeutisk vindu. Hensiktsmessig klinisk overvåking anbefales. Olaparib kan redusere eksponeringen for substrater av enzymer CYP1A2, CYP2B6, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 og P-gp. Effekten av noen hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres. Olaparib hemmer effluksstransportøren Pgp in vitro. Legemiddelinteraksjoner med P-gp-substrater kan derfor ikke utelukkes. Hensiktsmessig klinisk overvåking anbefales ved kombinasjon. Det kan ikke utelukkes at olaparib kan øke eksponeringen av substrater for BCRP, OATP1B1, OCT1, OCT2, OAT3, MATE1 og MATE2K. Forsiktighet bør særlig utvises ved kombinasjon med statiner. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Ingen data fra bruk hos gravide, men pga. virkningsmekanismen (PARP-hemming) kan olaparib gi fosterskader og skal derfor ikke brukes under graviditet. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksisitet inkl. alvorlige teratogene effekter og effekter på embryoføtal overlevelse. Fertile kvinner skal unngå graviditet og skal ikke være gravide ved behandlingsoppstart. Graviditetstesting bør utføres før behandlingsoppstart og deretter regelmessig under behandling hos alle fertile kvinner. 2 former for sikker prevensjon skal brukes før behandlingsoppstart, under behandlingen, og i 1 måned etter siste dose, unntatt dersom avholdenhets fra samleie velges som prevensjonsmetode. 2 svært effektive og komplementære former for prevensjon anbefales. Siden det ikke kan utelukkes at olaparib kan redusere effekten av hormonelle prevensjonsmidler, bør en ekstra ikke-hormonell prevensjonsmetode vurderes under behandling. Hos kvinner med hormonavhengig kreft bør det vurderes 2 ikke-hormonelle prevensjonsmetoder. Mannlige pasienter må bruke sikker kondom under behandling og i 3 måneder etter å ha fått siste olaparibdose ved samleie med en gravid eller fertil kvinne, pga. ukjent om olaparib eller dets metabolitter finnes i sædvæske. Kvinnelige partnere til mannlige pasienter må også bruke svært sikker prevensjon dersom de er fertile. Mannlige pasienter skal ikke donere sæd under behandling og i 3 måneder etter siste

olaparibdose. **Amning:** Ukjent om olaparib eller metabolitter utskilles i human morsmelk. Ingen dyrestudier er utført. Kontraindisert under amning og i 1 måned etter siste dose. **Fertilitet:** I dyrestudier er det ikke observert effekt på befruktning, men negative effekter på embryoføtal overlevelse. **Bivirkninger:** Olaparib-monerapi er forbundet med bivirkninger, vanligvis av mild eller moderat alvorlighetsgrad (CTCAE grad 1 eller 2). **Svært vanlige (≥1/10):** Blod/lymfe: Anemi (inkl. makrocytær anemi, erytropeni, hematokritsenkning, hemoglobinreduksjon, normokrom anemi, normokrom normocytisk anemi, normocytisk anemi, redusert antall røde blodceller), leukocytopeni (inkl. redusert antall hvite blodceller)², nøytropeni (inkl. agranulocytose, febril nøytropeni, redusert granulocytall, granulocytopeni, idiopatisk nøytropeni, nøytropen infeksjon, nøytropen sepsis og redusert nøytrofittall)¹, trombocytopeni (inkl. redusert trombocytall, redusert produksjon av blodplater, redusert blodplatekritt)¹. Gastrointestinale: Diaré², dyspepsi, kvalme¹, oppkast¹, øvre abdominalsmerter². Generelle: Fatigue/asteni¹. Luftveier: Dyspné (inkl. anstrengelsesdyspné)², hoste (inkl. slimhøste)². Neurologiske: Dysgeusi, hodepine², svimmelhet². Stoffskifte/emærning: Nedsatt appetitt². **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Blod/lymfe: Lymfopeni (inkl. redusert B-lymfocytall, redusert lymfocytall, redusert T-lymfocytall)². Gastrointestinale: Stomatitt (omfatter også aftas stomatitt, sår i munnen)². Immunsystemet: Utslett (inkl. ekfoliativ utslett, generalisert erytem, erytematøst utslett, generalisert utslett, makulært utslett, makulopapuløst utslett, papuløst utslett, kløende utslett). Undersøkelser: Økt CK². **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Immunsystemet: Dermatitt (inkl. allergisk dermatitt, eksfoliativ dermatitt), overfølsomhet (omfatter også legemiddeloverfølsomhet). Undersøkelser: Økt gjennomsnittlig celle-

volum.

¹Samlet frekvens sett for alle grader. Sett med frekvens vanlig for grad 3-4

²Samlet frekvens sett for alle grader. Sett med frekvens mindre vanlig for grad 3-4

Overdosering/Forgiftning: **Behandling:** Generelle støttende tiltak og symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger L01X X46 på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** **Virkningsmekanisme:** Potent hemmer av humane poly (ADP-ribose) polymerase (PARP-1, PARP-2 og PARP-3)-enzymmer. Hemmer veksten av selekterte tumorceller i vitro og tumorvekst in vivo, enten som eneste behandling eller i kombinasjon med etablerte kjemoterapi. **Absorpsjon:** Kapsler: C_{max} nås etter 1-3 timer. Ingen markant akkumulering ved gjentatt dosering. Steady state nås innen ~3-4 dager. Samtidig matinntak reduserer absorpsjonshastigheten (T_{max} forsinkes med 2 timer), og absorpsjonsgraden øker marginalt (AUC øker ca. 20%). Tabletter: C_{max} nås etter 1,5 time. Samtidig matinntak reduserer absorpsjonshastigheten (T_{max} forsinkes med 2,5 timer og C_{max} redusert med ca. 21%). **Proteinbinding:** Kapsler: Ca. 82% ved klinisk relevante konsentrasjoner på 10 µg/ml. Tabletter: Ca 82%. **Fordeling:** Kapsler: Tilsynelatende Vd: ~167 liter. Tabletter: Tilsynelatende Vd: Ca. 158 liter. **Halveringstid:** Kapsler: Terminal t1/2: 11,9 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~8,6 liter/time. Tabletter: Terminal t1/2: 15 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~7 liter/time. **Metabolisme:** CYP3A4 er vist, in vitro, å være primært ansvarlig for metabolismen. Omfattende. Hovedsakelig oksidasjonsreaksjoner. **Utskillelse:** Ca. 44% via urin, ca. 42% via feces. Hovedsakelig som metabolitter. **Oppbevaring og holdbarhet:** **Kapsler:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Alle kapsler som har vært fryst må kastes. Kapsler kan oppbevares ved høyst 30°C i inntil 3 måneder; etter dette må kapslene returneres til apotek for destruksjon. **Tabletter:** Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot fuktighet. Krevrer ingen spesielle oppbevaringsbetingelser vedrørende temperatur. **Pakninger og priser: Kapsler:** 4 x 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:** **! H-ressept: L01X X46 12. 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 vtalespesialist.

Sist endret: 28.06.2019. Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 12.06.2019

Opplevelingar frå Zanzibar

Av Tori Husum

Øya Zanzibar vil nok dei fleste assosiere med krittkvite strender og vakre luksushotell. For meg vil Zanzibar alltid forbindast med eit tøft møte med internasjonal kvinnehelse. Eg har alltid hatt ein draum om å arbeide som lege med fokus på internasjonalt helse. Grunnen til at eg ville spesialisere meg innanfor gynekologi og obstetikk var nettopp fordi eg vil ut i verda og bidra der det trengs mest. Etter mi meining er det innanfor vårt fantastiske fagfelt.



Stort augneblikk med ei no frisk kvinne, som viste ei enorm takksemnd, til trass for eit dramatisk forløp.

For tida arbeider eg som LiS på kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssjukehus. Her har det lenge vore eit samarbeidsprosjekt med det største sjukehuset på Zanzibar, Mnazi Mmoja Hospital. Våren 2019 skulle ein overlege på avdelinga mi til Zanzibar i forbindelse med dette prosjektet. Dette må eg være med på, tenkte eg, det vert ein unik moglegheit til å lære korleis det er å arbeide i ein ny kultur og under heilt andre forhold, men samstundes ha oppfølging og rettleiing frå ein god og erfaren kollega. I tillegg tenkte eg at eg nok kunne bidra litt, både som ekstra arbeidskraft, men også med opplæring. Etter mykje mas frå mi side fekk eg til slutt ulønna permisjon i tre månader, men eg fekk dekkja flybillett og opphald og reiste avgårde saman med Per Anders Gulowsen som mentor og kollega.

Frå første dag vart me kasta rett ut i arbeidet. Eg hadde bestemt meg for at eg ville arbeide mest på fødeavdelinga der eg fekk i oppdrag å fortsette eit prosjekt med opplæring av lokale LiS legar i basal bruk av ultralyd. Målet er å få ein del av dei sjølvstendige i å identifisere akutte tilstandar i gynekologien. Eksempelvis ekstrauterine svangerskap, identifisere placenta praevia og bekrefte eller avkrefte hjarteaksjon hjå foster.

Sjukehuset har omkring 11000-13000 fødsalar per år. Det vil sei mellom 30-50 fødsalar per døgn. På dagtid er det ein LiS lege som har ansvar for operasjonsstova som handterer keisersnitt og ein LiS lege som har ansvar for fødeavdelinga. Dei har med seg ein turnuslege kvar. Det er også 6 jordmødre på vakt på dagtid, langt færre på kveld og natt. Eg arbeidde som regel saman med LiS legen som hadde ansvar før føden. Det var to rom for kvinner i fødsel. Eit rom for «lavrisiko fødande» og eit for «høgrisiko fødande.» Kvart rom hadde åtte senger, men oftast var det både to og tre kvinner i kvar seng. På det travlaste kunne det vere opp mot

50 kvinner på fødeavdelinga. Det var blod, fostervatn, oppkast, matrestar, og brukt medisinsk utstyr overalt.

Legane hadde i hovudsak ansvar for kvinnene med høgrisiko svangerskap. Det vil sei at ein lege skulle handtere opp til 24 kvinner med alvorlege svangerskapskomplikasjonar. Det var tvillingfødsalar, setefødsalar, alvorleg preeklampsi, alvorleg anemi, premature fødsalar, intrauterin fosterdød, protraherete fødselsforløp, pasientar med tidlegare sectio og så vidare. Det var nærmast umogleg å følge opp kvinnene tilstrekkeleg. Det var også lite moglegheit for fosterovervakning, stort sett hadde me eit par jordmorstetoskop og tidvis ein fungerande doppler. Ultralydmaskina var i eit eige rom, utanfor sjølve avdelinga og me fekk ikkje lov å ta den med inn i fødegangen, fordi dei var redde for at den skulle bli øydelagt.

Det kjennes rart å skulle forsøke å beskrive arbeidskvardagen. I ettertid kjennes det som ein slitsam og kaotisk draum. Av den typen eg somme gonger kan ha etter nattevakter, kor vakta liksom berre fortsett og fortsett, enda meir kaotisk enn i røynda. Det skjer ting overalt og det er fødande og sjuke kvinner overalt. Eg hoppar frå den eine senga til den andre. Tar imot tvillingar i det eine augneblikket, for så å oppdage ei kvinne som føder eit seteie i ei anna seng, heilt utan hjelp. For så å kikke opp og oppdage ei anna kvinne som ligg i ein blodpøl utan tilsyn. Stort sett var kvar arbeidsdag meir dramatisk ein det er mogleg å sjå for seg heime.

Det var så fortvilande å sjå kor lite ressursar som fanst til å ivareta noko så viktig som ei kvinne i fødsel. Likevel kunne eg ha mange vakre og store augneblikk i løpet av ein arbeidsdag. Det var utruleg å sjå korleis naturen ordna opp i mange tilfeller. Dei fleste kvinner føder friske born, sjølv om forholda er elendige. Innimellom fekk me også tid til å drive med den opplæringa, som eg etter planen

skulle halde på med. Eit par av LiS legane vart etterkvart flinke med ultralydmaskina. Eg fekk halde eit foredrag om bruk av ultralyd, og leita fram gode nettbaserte undervisningsprogram som dei kunne halde fram med. Dette vart godt motteke og mange engasjerte seg i å lære meir om ultralydbruk.

Det å få reise ned saman med ein erfaren kollega var også heilt unikt. Det var ofte situasjonar eg måtte stå i åleine kor eg kjente meg både redd og uerfaren. Då var det fantastisk å kunne tilkalle ein trygg overlege som snakkar same språk og som kan sette seg inn i mi oppleving av situasjonen. Det er ingen tvil om at dette var viktig for at opphaldet på Zanzibar ikkje berre var opprivande til tider skremmande, men også svært lærerikt og mindre traumatiserande enn det nok kunne vore.

Dei legane og jordmødrene som jobba på sjukehuset gjorde også så godt dei kunne, med dei midlane som var tilgjengelege. Etterkvart forstod eg også, at det eg oppfatta som ein apati dei nokon gongar kunne vise, sannsynlegvis er eit forsvar for å halde ut i ein så dramatisk kvardag. Dersom ein skulle bli fullstendig fortvila kvar dag, så ville ein ikkje overleve på den arbeidsplassen. Ein skal ha stor respekt for dei som lever og arbeider i lav ressurs settingar. Me som kjem som bistandsarbeidarar er prisgitt at det er flinke folk lokalt, og det er det. Ein kan ikkje komme frå vesten og berre vite betre, for me veit ikkje alltid betre. Me har så mykje teknologiske hjelpemiddel og ressursar som er heilt utenkeleg i store delar av verda. I ein lav ressurs setting må ein bruke godt klinisk skjønn, så langt som mogleg. Me som er opplært i ei tid kor teknologien er ein stor del av kvardagen, har ikkje nødvendigvis alle desse evnene godt nok innøvd.

Eg forsøkte å gå inn i arbeidet der nede med forsiktighet og



Feministisk gatekunst i Dar Es Salaam



Vakre solnedganger i det indiske hav.

audmjukheit. Ofte trengte eg hjelp og råd for å kunne gjere ein god jobb under forhold eg ikkje er vant med. Eg snakke lite Swahili og var heilt avhengig av hjelp med tolking for å kunne kommunisere med pasientane. I tillegg var det mange basale oppgaver eg måtte venne meg til i starten. Eg måtte legge venefflonar, trekke opp og blande medikamenter og titrere drypp etter dråpetakt. Når eg kombinerte det å vise nyskjerrigheit og audmjukheit saman med å bidra med kunnskap, opplevde eg ei enorm takksemnd og inkludering i arbeidsmiljøet. Eg kjente meg etterkvart som ein del av laget. Ikkje minst fekk eg ei kjensle av å vere til nytte, kvar einaste dag. Lokale kollegaer viste verkeleg at dei sette pris på at eg var der. Siste dagen min på jobb, vanka det både kake, gåver og gode klemmar. Det kjem eg aldri til å gløyme.

Det eg ikkje klarer å finne noko svar på, er korleis me som kjem frå det rike vesten, som har mesteparten av ressursane, kan gjere verda betre for kvinnene i den fattige delen av verda. Eg har alltid tenkt at me har eit stort ansvar. Men korleis kan me hjelpe på best mogleg måte?

Ein del av meg tenker at ressursane og viljen til å gjere tilbodet til kvinnene betre, må komme frå lokale myndigheiter og fagmiljø. Likevel meiner eg at dei med mest ressursar, har eit ansvar for å dele, både av kunnskap og midlar.

Alt i alt var dette ei oppleving eg vil ha med meg for livet. Det er fleire pasientar som har brunne seg inn i minnet mitt og eg alltid vil hugse på. Tøffe, vakre og sterke kvinner. Både gode og vonde historiar som ikkje heilt kan beskrivast med ord. Ikkje minst vart eg trygg på at eg må ut igjen. Eg vil gjere nytte for meg, der det er størst behov. Korleis ein kan gjere det best, det håpar eg at eg vil finne ut med tida.



Stolt og rørt siste dag på jobb. Det vanka både kake og gåver frå flotte kollegaer på sjukehuset.



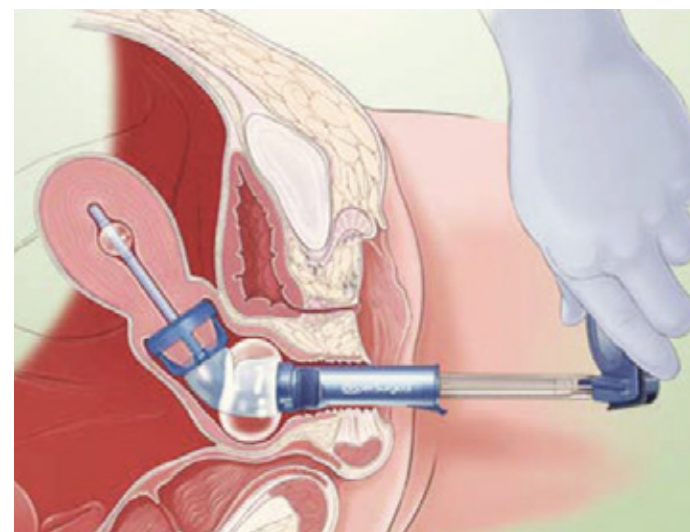
Jan Bye a.s
MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988



Leverandør av utstyr til:

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi



RUMI® II SYSTEM

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

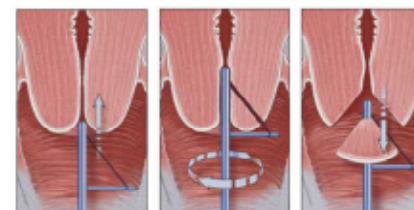
- Flergangs håndtak
- Engangs fornix kopp i 4 størrelser
- Engangs obdurator i 6 forskjellige lengder og diameter



Fischer Cone Biopsy Excisor™



- Enkel å bruke
- Gir full kontroll ved konisk biopsi
- Flere forskjellige størrelser
- Biopsi i et stykke
- Lettere for patologen å stille diagnose



Isolerte spekler og instrumenter for konisering

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



Amnioskop med lys

Engangsamnioskop med lys som gir klar, uhindret og godt opplyst innsyn ved undersøkelser og prøvetaking



Kiwi vakuumpopp

For vaginal forløsning og keisersnitt



Kiwi OmniCup® with Traction Force Indicator

Complete Vacuum Delivery System with PalmPump™



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



Jan Bye a.s
MEDISINSK TEKNIKK

BULKAMID®

For the treatment of Stress Urinary Incontinence

≥80% subjective success rates
when Bulkamid is offered as a
1st line treatment^{1,2,3}

Is it time to think about Bulkamid
as a first line treatment for
stress urinary incontinence?

For more information visit www.bulkamid.com
or contact us at info@bulkamid.com

contura

1. Pai A, Al-Singary W. Durability, safety and efficacy of polyacrylamide hydrogel (Bulkamid®) in the management of stress and mixed urinary incontinence: three year follow up outcome. Cent European J Urol. 2015; 68(4):428-433. 2. Lobodasch K & Brosche T. Long-term effectiveness and durability of Bulkamid® as primary treatment of stress urinary incontinence - a longitudinal study. ICS 2015 abstract. 3. Andrews et al. Bulkamid® - does the volume injected affect outcome? IUGA 2015 Poster.

BULK/2019/091

Referat Årsmøtet i NGF i Bodø

Av Kristin Skogøy

23.-27. oktober var Bodø vertskap for årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening. Mer enn 200 kollegaer fra hele vårt langstrakte land gjorde sitt til et svært vellykket arrangement.

Rammen rundt var vakkert og grønt oktobervær, men det forhindret ikke barske gynekologer fra å kaste seg ut i åpen RIB båt gjennom verdens sterkeste malstrøm, omkranset av havørn og under kyndig veiledning av lokale guider. Vi som har valgt dette feltet er vant til at det kan blåse friskt...

Formøtene ble avholdt på beste vis. Det var et godt besøk «Lederforum» der Marit Lieng og Stine Andreassen problematiserte omkring «Hva er godt nok?» på våre 45 ulike fødeinstitusjoner. Dette med bakgrunn i kommende omlegging av etterutdanning av spesialister fra 2020 med nye krav til formalisering av praktiske ferdigheter, hospitering og standardisert kursing. Påfølgende frisk debatt avspeilet eksisterende utfordringene innen et fag som skal favne både bredde og vakkert kompetanse på mindre enheter, samt rask utvikling av nye operasjonsteknikker som krever mengde- og spisskompetanse.

Diskusjonen rundt etterutdanning og resertifisering av spesialister ble ytterligere aktualisert av professor Jon-Ivar Einarsson fra Harvard, som på forbillig vis presenterte amerikanske laparoskopisters organisering av etterutdanning med krav til operasjonsvolum og gjennomgang av operasjonsindikasjoner.

Mange gode frie foredrag ble som vanlig presentert, noe som viser at spennende prosjekter pågår i feltet vårt. Ekstra gledelig i år var den høye andelen av medisinstudenter som på glimrende vis la frem sine resultater. Det lover bra for etterveksten i faget!

Pris for beste foredrag i Obstetikk gikk til Solveig Bjellmo fra Ålesund Sykehus som presenterte en audit om hvorvidt man følger retningslinjene for vaginale setefødsler hos barn som døde vs barn som ikke døde. Pris for beste foredrag i Gynekologi gikk til Magdalena Værnesbranden fra Sykehuset Østfold, hun hadde undersøkt HPV prevalens, presistens og distribusjon hos gravide i Norge og Sverige. Pris for beste poster gikk til Gunvor Eikeland fra St. Olavs Hospital som viste innføring av poliklinisk endometriablasjon i lokalanestesi.

Internasjonal kvinnehelse har vært etterspurt som tema på tidligere årsmøter. Mohammed Zimmo, Mathias Onsrud og Jos von Roosmalen presenterte obstetriske utfordringer med variasjoner i keisersnittfrekvens, fistler og en rekke øvrige årsaker til at graviditet og svangerskap fortsatt utgjør en betydelig risiko i den tredje verden

Abort er et brennende tema som jevnlig blusser opp i den offentlige debatten. Gynekologene står kvinnene nærmest i gjennomføringen. Temaet er vanskelig å diskutere da det inneholder mange faglige, juridiske og sosiale aspekter. Mette Løkeland fra Abortregistret ved Folkehelseinstituttet ledet oss gjennom den norske aborthistorien frem til dagens situasjon, som på enkelte punkter er forskjellig fra svenskenes lovverk belyst av Helena Kopp-Kalner fra Karolinska Institutt. Abortgrensen er i Sverige 18 uker, og legene har ingen reservasjonsrett. Domprost Eli Vangen oppfordret alle til å gi rom for det store alvor som ligger i de vanskelige valgene, der også bisperådet har sett med kritisk lys på kirkens tidligere dogmatiske holdning.

Innføring av Helseatlas har vist store geografiske ulikheter i operasjonsmetoder og prøvetaking, noe som ble belyst av Hanne Byhring fra SKDE, som har vært med i utformingen av dette verktøyet. Videre viste pediater og leder for den norske «Gjør Kloke Valg» Kampanjen Ketil Størdahl hvordan man kan bruke slike nasjonale data for eksempel til å redusere unødvendig antibiotikabruk hos nyfødte.

Også gynekologer gjør nødvendige kontroller og prøvetakninger, og Heidi Frostad Sivertsen la frem kvalitetsrådets anbefalinger for kloke valg i forhold til myomkontroll, ultralyd i svangerskapet, hormonprøvetaking osv.

Intet årsmøte uten årsmøtemiddag med påfølgende fest! I rene Hollywood-stil fikk vi innledningsvis se vertsavdelingens kreative løsninger på de synkende fødselstallene, ledsaget av slående musikk og fantastiske naturbilder.

Kveldens toastmaster hadde ingen problemer med å få i gang fjerstemt allsang fra festglade medlemmer, som i kjent stil kastet seg ut på dansegulvet til langt på natt.

Når så avdelingen fra Tønsberg lovet oss garantert sol iført «Baywatch» bekleddning ved neste årsmøte i 2020, ja, da var det mange som satte av datoen i neste års kalender!

Kristin Skogøy

NGFs hederspris 2019 til Anny Spydslaug

Av Prof. Anne Flem Jacobsen, OUS Ullevål.



Anny fikk tildelt NGFs hederspris 2019 på årsmøtet i Bodø. Hun er en fantastisk kollega. Sterk faglig og med høy integritet. En å stole på, en som stiller opp for pasientene sine uansett tid på døgnet. En som alltid bidrar og som bryr seg om sine kolleger.

Anny er utdannet ved Universitetet i Oslo og ble cand med i 1984. Hun hadde sin turnustjeneste i Ålesund og på Sørøya. Allerede da jeg kom til Ålesund i turnus et par år senere gikk det rykter om den dyktige turnus gjengen som hadde vært der nylig, - og jeg skulle få gleden av å treffe Anny et par år senere. Hun dro videre til Bodø hvor hun startet sin gynekologiske karriere. Der traff hun sin tilkomne, kirurg og avdelingsoverlege Steinar Danielsen, som har vært hennes «helt og klippe i livet» siden, som hun selv sier. Etter noen år i Bodø dro hun til Oslo og jobbet ved Ullevål og deretter DNR. Hun ble spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer i 1994.

Siden 1996 har hun vært overlege ved Oslo Universitetssykehus og er en av de som bærer den flotte klinikken vår. Jeg har hatt gleden av å jobbe sammen med henne siden 1993. Kunnskapsrik, real, omsorgsfull, flott og tydelig. For ei dame tenkte jeg allerede den gangen!

Ellen Borstad inviterte henne inn i det urogynekologiske miljøet og slik ble hun urogynekolog. Netthendt operatør, grundig i all pasientbehandling, ærekjær og engasjert i alt som skjer på vår store avdeling. Hun er alltid aktiv på morgenmøtene og ingen problem-



stilling er for store eller for kompliserte for Anny. Kontinuitet for pasientene våre er hennes sterkeste kort. Hun slipper ikke tak i en pasient som hun har fått ansvaret for.

Anny har hatt mange oppgaver. Hun har vært hovedtillitsvalgt på Ullevål, hvor hun med sine gode diplomatiske evner gjorde en strålende jobb. Hun har vært aktiv i flere foreningsledd og har sittet i styret i Norsk overlegeforening, Oslo legeforening og Oslo gynekologiske forening. Hun har vært medlem av kvalitetsutvalget i NGF og er nå medlem av valgkomiteen. Hun har vært ansvarlig redaktør for revisjon av nasjonal veileder i gynekologi i regi av NGF.

Hun er med i sykehusets etiske komite og har gode evner til å se pasientens og fagpersoners dilemmaer fra flere sider. Leder av pasient og kvalitetsutvalget ved Klinikken siden 2013 og sakkyndig for NPE de siste 12 årene.

Hun var også seksjonsleder ved gynekologisk avdeling i 8 år. Hun ledet seksjonen og faget forbilledlig og det var mange som synes det var synd at hun gav seg som leder.

Anny er alltid like elegant. Hun stråler av engasjement og positivitet men kan også si fra når hun er uenig. Hun er et stort forbilde for meg og mange med meg på Ullevål og vi håper hun forblir vår kollega lenge, lenge selv om vi vet at hun har det aller best når hun kan spille golf med Steinar.

Beste foredrag Obstetrikk til Solveig Bjellmo

Hvordan man skal forløse et barn som ligger i seteleie til termin, er og har vært et kontroversielt tema i obstetrikken i mange år. I Norge fødes rundt 30% av barn i seteleie vaginalt, og vi har en av verdens laveste perinatal dødelighet. På denne bakgrunn har vi en unik mulighet til å se nærmere på hvordan det går med barn født i seteleie. I vår første studie med data fra Medisinsk fødselsregister koblet opp mot Cerebral pareseregisteret i Norge så vi på risikoen for cerebral parese ved seteforløsning og da særlig på de født vaginalt i seteleie. Som et sekundært utkomme så vi også på dødelighet i den samme studiepopulasjonen som var barn født mellom 1999-2009. Vi fant ingen assosiasjon mellom cerebral parese og seteforløsning, men vi fant noe økt risiko for død, sammenlignet med barn født i hodeleie. Registerdata kan ha sine begrensninger og vi gjorde derfor en kasus-kontroll-studie utført som en perinatal audit hvor vi så nærmere på de barna som døde fram til 2015. Hovedmålet var å se om norske retningslinjer ble fulgt. I denne studie fulgte alle kasus og kontroller norske retningslinjer på det tidspunktet barna var født. Blant de 30 enkeltfødte som døde til termin i seteleie var iallfall fem misklassifisert i MFR og vi mener validering er viktig. I vår tredje studie som vi nylig har startet skal vi se på risikoen for mor og barn i påfølgende svangerskap etter keisersnitt i første svangerskap. Med disse studiene håper jeg vi kan presentere et balansert bilde av hvilke risikofaktorer både barn og mor møter i valg av forløsningsmetode når et foster ligger i seteleie til termin.



Beste foredrag Gynekologi til Magdalena Rydland Værnesbranden

Det er velkjent at Human Papillomavirus (HPV) forårsaker cervix dysplasier/cancer. Opp mot 70% av alle kvinner har i løpet av livet en HPV infeksjon, hvorav de fleste er i reproduktive alder. Selv om vi vet mye om HPV og cancer-utvikling, vet vi lite om hvordan en HPV- infeksjon påvirker svangerskapet og det nyfødte barnet. Det finnes kun små studier som har sett på dette, hvor resultatene har vært varierende. HiPPiE-studien er en sub-studie av den store PreventADALL- studien hvor kvinner ble rekruttert til studien ved rutineultral lyd i svangerskapsuke 16-22. HiPPiE-studien er en prospektiv populasjonskohortstudie. Kvinner ble inkludert fra Oslo, Østfold og Stockholm og 778 kvinner ble inkludert til HiPPiE-studien. Alle kvinner som ble inkludert leverte førstestråleurin prøve ved inklusjon og fødsel. I tillegg til dette ble det tatt swabprøver fra maternell/føtal side av placenta samt placentabiopsi. HPV-deteksjon og -kvantitering ble gjort med Seegene Anyplex II 28 HPV kittet (PCR). I tillegg til prevalens og persistensundersøkelser ønsker vi å se om det er en assosiasjon mellom HPV-infeksjon og placenta markører (PIGF, sFlt1) samt svangerskapsrelaterte sykdommer som preeklampsi, hypertensjon og diabetes og negative neonatale utfall som lav APGAR, metabolsk sure og vekstretarderte nyfødte. I vårt materiale fant vi at 38.8% av alle kvinner er HPV-positive ved inklusjon, 24.2% er Høy-risiko HPV-positive (HR-HPV). Prevalensen faller noe ved fødsel; 26.9%/16.1%. Videre fant vi at HR-HPV -persisterte oftere, og risikoen for persisterende infeksjon økte ytterligere dersom kvinnen hadde høy viral load ved svangerskapsuke 18.



Magdalena Rydland Værnesbranden jobber 50% som forsker og 50% som overlege ved Kvinneklinikken Sykehuset Østfold. Hovedveileder er Christine M. Jonassen ved SØK og biveiledere er Katrine Sjøborg, SØK og Annetine Staff ved Oslo universitetssykehus og UiO.

ACTAs posterpris til Gunvor Langebrekke Eikeland



Gunvor Langebrekke Eikeland



Merete Fuglesang Myklebust og Ritva Huskainen

Endometrieablasjon er vår anbefalte behandling for blødningsforstyrrelser når en ikke har kommet til målet med hormonell behandling og uterus-kaviteten er tilnærmet normal. NovaSure Endometrial Ablation (NEAS) er vår standardmetode. De senere årene har ventetiden på dette inngrepet blitt stadig lenger fordi disse inngrepene ofte forskyves til fordel for mer avansert kirurgi og akutte inngrep. Dette har vært til frustrasjon både for pasienter og gynekologer.

Ved gynekologisk avdeling har vi flyttet stadig nye inngrep fra operasjonsstue til poliklinikk. Vi har hospitert flere ganger i utlandet, spesielt har det vært lærerikt å komme til Finland. I Finland er NEAS i poliklinikk en etablert metode. Etter å ha vært på ESGE i Wien og også innhentet erfaringer fra Danmark, følte vi oss trygge på at behandling i lokalbedøvelse kunne være et alternativ til behandling på operasjonsstue. Vi startet derfor opp med endometrieablasjon i lokalbedøvelse i poliklinikk i mars 2019. Siden dette var en ny metode gjorde vi et kvalitetsprosjekt for å evaluere vellykkethet vedrørende gjennomføring av metoden og

pasienttilfredshet. Til nå har vi hatt 50 pasienter til behandling. Kvinnene fikk smertestillende og kvalmeforebyggende tabletter på forhånd, de trengte ikke å faste. Det ble ikke gitt sedasjon, men vi hadde en sykepleier som sto ved pasientens side og var ansvarlig for å trygge henne. Vi satt paracervical blokkade med fem ampuller Citanest. I tillegg trakk vi opp to ampuller Citanest som vi satt intramuralt så nær fundus som mulig med lang grønn spiss. Ablasjonen tok i gjennomsnitt 80 sekunder. Pasientene anga under bedøvelsen gjennomsnittlig smertescore på 3,4 på en skala fra 0-10, under ablasjonen 4,7. Vi ringte pasientene neste dag og 96 % anga da at de var godt fornøye med oppholdet. 93 % av pasientene ville anbefalt en venn å gjøre inngrepet med samme bedøvelse. 9 % hadde ønsket seg narkose i stedet, men var likevel svært fornøye.

Utifra resultatene vi fikk har vi konkludert med at endometrie-ablasjon i lokalbedøvelse er en behandling vi vil fortsette med. Pasientene har litt vondt, men inngrepet er fort gjort og inntrykket er at pasientene aksepterer å ha kortvarig smerte.

Takk for alle stemmer som gjorde at LETSGO-posteren vant publikumsprisen

LETSGO står for Lifestyle and Empowerment Techniques in Survivorship of Gynecological Oncology og er en planlagt intervensjonsstudie med endring av oppfølging etter gynekologisk kreftbehandling. Bakgrunnen er at vi ikke har evidens for at dagens oppfølging har betydning for livskvalitet eller overlevelse. I den nye modellen, vil hver annen legekontroll erstattes av sykepleier, og oppfølgingsperioden endres til ett eller tre år, avhengig av risiko for tilbakefall. Sykepleier vil ha fokus på senplager, eventuell livsstilsendring, egenmestring av sykdommen og fysisk aktivitet. Pasientene får tilgang til LETSGO-appen med målrettet informasjon. Pilotstudien, som posteren presenterte, viste at kvinner som testet LETSGO modellen i 6 måneder følte det trygt og nyttig å komme til sykepleier hver annen gang. De fleste syntes appen var nyttig og brukte den regelmessig til å lese om sykdommen, skåre symptomer på tilbakefall og for å få tips til fysisk aktivitet tilpasset kreftoverlevende. Intervensjonsstudien starter i november 2019 og vil utføres på 5 intervensjons- og 5 kontrollsykehus i Norge.

Det er veldig hyggelig å kunne dele litt av forskningsprosjektet vårt med entusiastiske kollegaer, og vi gleder oss til samarbeidet med de involverte sykehusene fremover!

Mette Skorstad





Generalforsamling 2019

Norsk gynekologisk forening

Sted: Scandic Havet, Bodø 24.10.2019

Tilstede:

Styret ved Nils-Halvdan Morken, Stine Andreassen, Hans Kristian Opøien, Anders Einum, Yngvild Hannestad og Kirsten Hald.

I tillegg 54 stemmeberettigete medlemmer, totalt 60 personer.

Avholdt minnestund for følgende medlemmer som har gått bort det siste året:

Jens Christian Aure, Lars Derås, Bente Fagervold, Kim Hauge, Einar Dagfin Johansen, Jon Karlsen, Bengt Lødrup, Babill Stray-Pedersen, Dick Jan Zwart

Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere

Nils-Halvdan Morken dirigent, Anders Einum referent, protokollunderskrift ved Marit Lieng og Ferenc Macsali velges ved akklamasjon.

Årsmelding 2018

Leder Nils-Halvdan Morken orienterer. Styret har fått på plass redaktør og redaksjonskomite for ny veileder i obstetikk, og fullfinansiering av denne gjennom Legeföreningens kvalitetsfond. Gjennom finansiering av samme fond har man også oppdatert veileder-appene som senere ble publisert på alle plattformer for smartphone. Styret har videre bidratt i arbeidet som har resultert i to helseatlas for gynekologi og obstetikk, og anbefalinger for begrensning av unødvendige undersøkelser i Legeföreningens Gjør kloke valg-kampanje. Styret har også kartlagt medlemmenes oppfatning av etiske dilemma i faget på forespørsel fra Legeföreningens etiske råd.

Styremedlemmer og ressurspersoner forespurt av styret har deltatt i møter med Helsedirektoratet om videre samarbeid, og utarbeiding av ny retningslinje for behandling av asymptomatisk bakteriuri i svangerskap. Styremedlemmer har også deltatt på Legeföreningens ledersamling, høring om barselomsorgen i helse og omsorgskomiteen, på kongressene FIGO i Rio de Janeiro og NFOG i Odense.

Regnskap 2018

Kasserer Hans Kristian Opøien orienterer.

Regnskapet viser et overskudd på 490 723 kr, som er første gang med overskudd siden 2013. På inntektssiden ses en økning grunnet annonseinntekter og økt medlemskontingent. Produksjonskostnader til Gynekologen er stabilisert. Administrasjonskostnader har gått ned fra 362 649 til 87 000 kr, hovedsaklig betinget i at styreleder ikke har benyttet seg av frikjøpsretten.

Revidert budsjett 2019

Revidert budsjett 2019 presenteres med et estimert overskudd på 195 125 kr. Utgifter til app forventes refundert av Legeföreningens kvalitetsfond i løpet av året, og utgifter til ny veileder i obstetikk innvilget av samme fond forventes refundert 2020. Styreleder har ikke valgt å benytte seg av frikjøpsretten som bidrar til overskuddet, i tillegg bidrar økt medlemskontingent.

Revidert budsjett akklameres.

Budsjett 2020

Spørsmål om NGFs utgifter til NFOG besvares.

Styret budsjetterer med et resultat på 138 000 for 2020. Det tas da høyde for noe mindre annonseinntekter for Gynekologen og at ny leder benytter seg av frikjøp. Videre vil inntekter fra FUGO-kurs forsvinne da dette overtas av RegUt. En budsjetterer med refusjon fra kvalitetsfondet til veileder i obstetikk, og estimerte utgifter til arbeid med revisjon av veileder i gynekologi.

Budsjettet akklameres.

	Regnskap 2017	Regnskap 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2019 Revidert	Budsjett 2020
Sum inntekter	2 742 362	3 096 340	2 986 469	3 155 125	3 310 000
Sum utgifter	2 839 538	2 605 617	3 060 000	2 960 000	3 172 000
Resultat	- 97 176	490 723	- 73 531	195 125	138 000

Fastsettelse av ekstrakontingent

Styret foreslår uendret ekstrakontingent på 700 kroner for 2020. Vedtas ved akklamasjon.

NGFs Solidaritetsfond Kvinnehelse

To søknader har innkommet til fondet. Den første fra Nargiza Swanadze omhandler innkjøp av ultralyd-apparat og opplæring av gynekolog i obstetriske ultralyd i Georgia. Den andre fra Jone Trovik er et pilotprosjekt for pasientkvalitetsforbedringsprogram i Palestina

med kartlegging og i neste instans implementering av pasientsikkerhetstiltak. Begge søknadene er innvilget med 40 000 kr til hvert av prosjektene. Styret foreslår en ekstrakontingent på 50 kr for å øke kapitalen i fondet for nye søkere til neste år. Forslaget vedtas ved akklamasjon.

Årsrapporter 2018

Årsrapporter er printet i årsmøteutgaven av Gynekologen. Utover dette ingen kommentarer fra generalforsamlingen.

Saker framlagt av styret

Videreføring av Gynekologen i papirformat

Styret er bedt om å ta Gynekologens fremtid opp til vurdering med tanke på overgang til rent nettformat alternativt nedleggelse. En spørreundersøkelse blant medlemmene våren 2019 viser at medlemmene leser Gynekologen og ønsker å beholde den i papirformat, men mange vil akseptere overgang til nettformat dersom det kan redusere utgiftene. Det vil for de siste par årene være snakk om å spare 60 000 kr ved overføring til nettformat, i tillegg må det påregnes eventuelt tap av annonseinntekter. Man vil også miste årsmøteprogrammet i papir, som vil måtte publiseres på annen måte. Styret foreslår at Gynekologen videreføres som tidligere i papirformat. Forslaget vedtas ved akklamasjon.

Ny veileder i obstetikk på høring

NGFs nye veileder i obstetikk er snart ferdigstilt, og styret ber om tilslutning til at kapitelforslag sendes på høring blant medlemmene. Redaksjonskomité og hovedredaktør har beslutningsmyndighet ved uenighet.

I den påfølgende diskusjonen uttrykker redaktører og kapitelforfattere bekymring for at høring vil medføre forsinkelse av publisering, økte utgifter og at sterke faglige uenigheter kan bety en kaotisk og opprivende prosess uten at det hever kvaliteten. Flere medlemmer tar til orde for at bred forankring i hele medlemsmassen er nødvendig for å gi veilederen tilstrekkelig legitimitet. Høringen må organiseres slik at det gis anledning til å kommentere hvert kapittel direkte på en måte som letter håndtering av innspillene.

Generalforsamlingen legger til formuleringen at kapitelforfattere skal få tilsendt høringsvar til egne kapitler, og har uttalelsesrett i tilfeller der det er sterk uenighet. Revidert tekst vedtas ved akklamasjon.

Det kommer fram at arbeidsmengden med å revidere en hel veileder hvert femte år medfører stor arbeidsmengde, og at en kontinuerlig oppdatering der en tar for seg et par kapitler årlig vil være en bedre modell. Problemstillingen noteres som egen sak til diskusjon i NGF-styret.

Saker fremlagt av medlemmene

Det har kommet forslag om at styret vedtar en prinsipptekst knyttet til abort i kjølvannet av debatten omkring rett til og grense for selvbestemt abort som er sett det siste året. Styret foreslår at følgende tekst vedtas av generalforsamlingen:

«Norsk Gynekologisk Forening (NGF) har som oppgave å være med på å legge til rette for og å utvikle god kvinnehelse. Gynekologene er kvinnens behandler både ved ønsket og uønsket graviditet. Ved uønsket graviditet er en av våre oppgaver å sitte i abortnemnder. Norske gynekologer er ikke bedre skikket til å ta avgjørelsen om abort enn kvinnen selv. NGF vil derfor arbeide for at ordningen med abortnemnder utvikles».

Det uttrykkes bekymring for at NGF skal jobbe for utvikling av nemndene uten at man samtidig presenterer alternativ for å ivareta kvinnene som har behov for samtale og oppfølging. Behovet for å sikre at kvinnen er tilstrekkelig informert av kvalifiserte fagfolk betones. At teksten ikke åpner for å beholde nemnd ved noen svangerskapslengder oppfattes som svært problematisk av flere medlemmer. Det problematiseres også at NGF som fagmedisinsk forening vedtar en tekst som kan settes inn i en politisk sammenheng. Teksten diskuteres i plenum, nye perspektiver kommer fram og det blir tydelig at flere tema må belyses før man eventuelt kan vedta en tekst. Det besluttes derfor å utsette å stemme over teksten i sin nåværende form. Generalforsamlingen vedtar at styret på nytt skal vurdere innholdet og eventuelt sette ned en komité for å utvikle teksten til behandling ved neste generalforsamling.

Valg av nytt styre

Valgkomiteen presenteres sin innstilling. Kirsten Hald innstilles som ny leder, Nils-Halvdan Morken som ny nestleder, Hans Kristian Opøien fortsetter som kasserer, Yngvild Hannestad som PSL-representant og Anders Einum som sekretær/FUGO-representant.

Ragnar Kvie Sande innstilles som ny vitenskapelig sekretær. Nytt styre velges ved akklamasjon.

Stine Andreassen går av som nestleder etter seks år i styret. Generalforsamlingen takker for innsatsen.

Valg av årsmøtested 2022

Styret foreslår Lillehammer og Sykehuset Innlandet som arrangør. Forslaget vedtas ved akklamasjon.

Bodø 24.10.2019

Anders Einum (sign)

Marit Lieng

Ferenc Macsali

Noen inntrykk fra Bodø





NY GYNEKOLOGISK VEILEDER OM URININKONTINENS

**UTREDNING OG BEHANDLING
AV URININKONTINENS MED ANTATT
GYNEKOLOGISK ÅRSÅK**

for allmennpraktikere
og privatpraktiserende gynekologer

Utarbeidet av Norsk Urogynekologisk Gruppe NUGG – juni 2019.
Red. Rune Svenningsen

Spesialitetskomiteen - siste nytt !

Av Marte Myhre Reigstad

Det var en stor glede for spesialitetskomiteen å avslutte arbeidsåret med å se så fornøyde FUGO ble for utdanningsprisen, og se alt engasjement omkring Boksen går. I tillegg var det stas å dele ut forbildeprisen til Liv Ellingsen; blant mange flotte nominerte kandidater.

Vi gleder oss også over at Legeforeningen og spesialitetskomiteene har startet arbeid med å formalisere obligatorisk etterutdanning for spesialister, noe som vi vil høre med om i 2020. En arbeidsgruppe bestående av representanter fra spesialitetskomiteen og NGF er satt ned for å jobbe med dette.

Vi fikk i løpet av 2019 sett mange strålende søknader fra utdanningsinstitusjoner. Noen mangler litt, og enkelte steder er ikke alt avklart; men stort sett ser det ut til at planene er gode. Vi vet at det som vanlig er drift som styrer avdelingene, og venter spente på hvordan implementeringen av ny spesialiststruktur vil foregå, og om alle vil «holde det de lover»!

Det viktigste arbeidet vi har gjort som komiteen tidligere er å evaluere SERUS rapporter og reise på avdelingsbesøk. Både besøk og rapportering skal bestå i ny spesialiststruktur, men det er usikkert hvilket format sistnevnte skal ha. I SERUS rapportene



Marte Myhre Reigstad

leder spesialitetskomiteen

la vi mye vekt på informasjon vi fikk direkte LiS. Det er uavklart om rapportering fra LiS og direkte til spesialitetskomiteen vil fortsettes som før. Legeforeningen jobber med dette, og vi har presisert viktigheten av dette.

I løpet av 2020 håper vi å få vite mer om hvordan fremtidig kursstruktur vil se ut, hvordan evaluering av LiS skal foregå, kort sagt, hvordan den fortsatte etableringen av ny spesialiststruktur vil utspille seg. Vi vet at innad i sykehusene er det dragkamp om midler og interesser, og vil følge med så godt vi kan.

På vegne av komiteen
Marte

Utdanningsprisen til FUGO

Spesialitetskomiteen deler hvert år ut Utdanningsprisen til den avdelingen som har vist seg å ha særlig fokus på utdanning av LiS. Vi vet at ingen avdelinger er perfekte og at daglig drift må komme først, og mange gjør mye bra. Men hvert år er det noen som utmerker seg spesielt.

I år har vi gjennomgått søknader fra alle landets avdelinger om godkjenning som utdanningsinstitusjoner. Det er ingen tvil om at det ligger mye arbeid og stor innsats bak planene og søknadene, og vi er svært spente på å se i årene fremover hvordan dette utspiller seg i praksis når vi kommer skikkelig i gang.

Kveldens vinner startet sin karriere i 1998, og fant fort ut at man måtte skape sin egen vei, i et hittil ukjent faglig terreng. Få hadde hatt denne jobben før, og det var mye å ta tak i. Siden har vinneren utviklet seg, blitt en faglig tyngde i vårt miljø, og blitt mer synlig. Viktigst av alt har prisvinneren bidratt til stadig bedre kvalitet på kursene, høy kvalitet i LiS utdanningen, lyttet til LiS og jobbet for at utdanning skal settes på agendaen. Det var en spesielt stor ære og glede for oss i spesialitetskomiteen å tildele utdanningsprisen 2019 til FUGO!!



Forbildeprisen til Liv Ellingsen

Av Marte Myhre Reigstad



Forbildeprisen gir vi til kollegaer som har stilt spesielt mye opp for å lære opp LIS. Til tross for all kursing og systematisering av læring, består en betydelig del av spesialistutdanningen av mester-svener læring, som er helt uvurderlig. I år var det mange fantastiske forbilder å velge mellom til årets pris!

Valget falt enstemmig på en kollega som mange ser opp til, hun beskrives som faglig flink og inspirerende. Hun er et forbilde for LiS i møte med pasientene, og er på en sjelden god måte et forbilde for samarbeid mellom jordmødre og leger. Det er ikke uvanlig at kolleger fra andre sykehus tar en telefon for å få et godt råd.

På tross av dette, er hun forbausende ydmyk og vennlig; og alltid interessert i lære seg nye ting. Hun oppmuntrer ofte til at alle tar del i en diskusjon, og i en vanskelig sak spør hun gjerne en yngre og mindre erfaren kollega om hva han eller hun synes,

til tross for sin lange erfaring. Hun er engasjert og holder seg oppdatert innenfor fagfeltet. Årets vinner fremhever sjelden seg selv, lar andre kolleger skinne, og vi mistenker at hun ble lett brydd av å måtte komme opp på scenen for å motta denne prisen!

Hun startet sin karriere i Tromsø, via Ullevål til Drammen sykehus, hvor hun jobbet i 15 år. Nå har hun jobbet flere år ved Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet. Hun er aktiv i avdelingen på flere måter, også utrettelig glad i vaktarbeid (en barnesykdom alle hennes legevenninner (som ikke er gynekologer) mener hun burde ha vokst av seg for lengst).

Vi som er så heldige å jobbe sammen med henne håper at hun kommer til å bli enda mange år for vi setter utrolig stor pris på henne. For oss alle var det en stor glede å tildele Årets Forbilde 2019 til Liv Ellingsen ved Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus.



Takk for innsatsen (så langt...) Stine Andreassen!

Marit Lieng

Stine Andreassen forlater styret i NGF etter 6 år, og det er på sin plass med en takk for innsatsen fra foreninga.

Stine har danske aner, med heldigvis endte hun opp som kav norlønning oppvokst i Lofoten og bosatt i Bodø. Hun har, til tross for sin unge alder, rukket utrolig mye. Hun har fire flotte barn, hun har disputert på fødselsskader i Norsk Pasientskadeerstatning, hun er en av Nord-Norges mest erfarne laparoskopister, hun er klinikkoverlege ved Kvinneklinikken i Bodø, hun har besteget alle fjelltopper som kan bestiges nord for polarsirkelen og sikkert en god del av dem lengre sør i tillegg, og hun har altså sittet i NGF-styret de siste 6 årene.

Stine har en mann som også er lege med tung vaktbelastning. Likevel er det alltid hjembakt brød og hjemmelaget middag på

bordet hjemme hos Stine og Kåre. Mens mange av oss stresser for å rekke sidelinja til barnas kamp før den er over, trener Stine håndball-laget til barna. Jeg har mange ganger undret meg over hvordan Stine får det til.

Stine er sosial, blid og en ja-person. Når hun er involvert i noe, vet man at det blir gjort. Fort. Jeg satt i NGF-styret sammen med henne i 4 år, og det var en stor glede for meg. Det frister til gjentagelse å ha Stine på laget. Stine var sjeldent på podiet under årsmøtet, men hun hadde en finger med i alt. Stine har utarbeidet uttallige høringsuttalelser på vegne av medlemmene i NGF, og hun har vært styrets foreningsekspert. Ikke bare fordi hun kan mye om styre og



stell innen foreningsarbeid, men også fordi hun har en pappa som vet resten og som svarer på det NGF-styret lurer på til enhver tid. Stines pappa har følgelig bistått to NGF-styrer på fortreffelig vis. Det burde kvalifisere for æresmedlemskap i foreningen!

Det er noe befriende med å være rundt Stine. Hun er sosial, omtenkstom, blid og positiv. Sammen med henne er ingenting umulig. Om det i NGF-styret går litt trått med å finne mer eller mindre frivillige til å ta på seg en oppgave, så ender det som regel med at med at Stine sier «E tar det». Slik endte også Årsmøtet i Bodø i år. Etter litt diskusjon og en SMS til kollegaer i Bodø kom det «Vi tar det» fra Stine, og problemet var løst.

Stine går ut av styret i NGF til nyttår, men vårt fag, vår forening og ikke minst våre pasienter kommer til å nyte godt av hennes kunnskap og energi i mange år. Hun er nå gått inn som norsk representant i NSGE board (Nordic Society on Gynaecological Endoscopy), og hun kommer garantert til å markere seg også i andre nasjonale og internasjonale foreninger og kongresser i fremtiden.

Tusen takk for innsatsen Stine. Vi ses!

Hormoner på årsmøtet



Mette Haase Moen, professor emerita, NTNU.

På årsmøtet i Bodø besøkte jeg utstillingen og oppdaget flere nye produkter innen hormonbehandling til kvinner, og til menn!

Menopausal hormonbehandling med gestagenet dydrogesteron

Etter mange år uten nye legemidler innen menopausebehandling (MHT), dukker nå opp nye produkter. Det kan tyde på at optimisme angående østrogenbehandling er ved å komme tilbake. Nytt er Femoston® og Femostonconti® med østradiol og gestagenet dydrogesteron. (figur 1)

Det reklamerer med at det er progestogenet (gestagenet) som gjør forskjellen, og det kan ikke nektes. Dydrogesteron har progesteron effekt og svak antiandrogen/antimineralokortikoid effekt. Det anføres som positivt at det kan tilbys fire ulike doseringer, at gestagenet er plantebasert, at det har stor likhet med progesteron og at det i lav dose kan gi endometriebeskyttelse. Hvis man leser produktbeskrivelsen, så er det et ikke endringer fra det vi før har sett for andre typer av MHT. Ved kontinuerlig, kombinert behandling er anført:

Gjennombruddsblødning og sporblødning kan forekomme i løpet av de første månedene av behandlingen. Hvis gjennombruddsblødning eller sporblødning forekommer etter en tid med behandling eller vedvarer etter seponering av behandlingen, bør årsaken undersøkes. Undersøkelser kan inkludere endometriebiopsi for å utelukke endometriemalignitet.

Ganske diffus beskrivelse. Jeg mener at kvinnen bør utredes, og behandling bør revurderes etter 3-4 måneder med gjennombruddsblødninger. Dessverre er mange allmennpraktiserende

leger ikke er klar over denne -vanligvis- forbigående bivirkning av kontinuerlige, kombinert behandling. Pasienter som ikke er informerte, blir skremte og slutter behandlingen.

Det er for tidlig å si noe om østradiol/dydrogesteron med hensyn til trombose og hjerte-kar sykdommer, men metaanalyse av observasjonsstudier har vist mindre øket risiko for brystkreft enn med de tradisjonelle østradiol/gestagener (MPA og NETA). Randomiserte studier med 'harde endepunkter' kan man neppe forvente.

Vaginal behandling med østriolgel

Før vi fikk østradiol-vaginaltablett (Vagifem®), ble lokal østrogenbehandling gitt i form av østriolvagitorier eller -krem (Ovesterin®) i dose på 500/1000 mikrogram. Østriol-gel i dose på 50 mikrogram er nå markedsført som Gélisse®. I studier hvor man har sammenlignet Gélisse® med Ovesterin® vaginalkrem er det ingen signifikant forskjell i modning av vaginalslimhinnen, Gélisse® har signifikant bedre virkning enn placebo, men jeg kan ikke finne studier hvor man sammenlikner effekten på symptomer mellom Gélisse® og Ovesterin®. Serumkonsentrasjonen av østriol er signifikant lavere med Gélisse® enn med Ovesterin® krem. Det kan kanskje få onkologer til å akseptere denne lokalbehandlingen hos kvinner med brystkrefthanamnese? Med hensyn til risiko for trombose, så uttaler Relis i 2019 *at basert på tilgjengelige data vurderes risiko for venøs trombose ved bruk av vaginalt administrert østrogen å være minimal*. Gélisse® er (foreløpig?) på resept, mens

	Østradiol	Dydrogesteron	Østradiol i serum
Syklisk:			
Femoston®	1 mg i 28 dager	10 mg i 14 dager	110 pmol/L
Femoston®	2 mg i 28 dager	10 mg i 14 dager	250 pmol/L
Kontinuerlig:			
Femostonconti®	0,5 mg i 28 dager	2,5 mg i 28 dager	77 pmol/L
Femostonconti®	1 mg i 28 dager	5 mg i 28 dager	110 pmol/L

Figur 1

Ovesterin® til lokalbruk er i håndkjøp. Doseringen for begge preparater er daglig behandling i tre uker og vedlikehold to ganger i uken.

Vaginalbehandling med praston (DHEA eller dehydroepiandrosteron)

Innrømmet, jeg hadde ikke hørt om praston som synonym for DHEA, men det er substansen i Intrarosa® vagitorier med innhold av 6,5 mg. Intracellulært omdannes DHEA til østradiol og testosteron. Ut fra produktbeskrivelsen blir se-testosteron uendret, mens se-østradiol øker med ca. 50% under behandlingen, men er fortsatt innen postmenopausal nivå. Effekten av lokal østrogen har lenge vært kjent. Av nyere dato er kunnskap om at testosteron kan ha positiv effekt ved vaginal atrofi, noe som spesielt er studert hos kvinner som er i behandling med aromatasehemmere. Det kan forklare tilleggseffekt ved bruk av DHEA. Det er ikke vist at Intrarosa® kan bedre libido, og det vil man heller ikke forvente, i og med at se-testosteron ikke øker.

Det er nå flere muligheter for lokal hormonbehandling ved vaginal atrofi, se oversikten. Jeg tar med i oversikten hva som brukes av plastutstyr ved applikasjon av legemidlet. Miljøhensyn! (figur 2)

Testosteron

Litt spesielt å ha en stand med testosteron for menn på et møte for gynekologer, men det vitner om at det er stort behov for et testosteron-produkt for kvinner. Spesielt kvinner som er bilateralt ooforektomert kan oppleve sterk reduksjon av libido og kan ha nytte av testosteron. Det ble poengtert i et

fritt foredrag av Nora Johansen som kunne vise til tall fra Reseptregisteret om at ca. 1 800 kvinner årlig har fått resept på testosteron. Testogel® finnes i poser på 5 gram som inneholder 50 mg testosteron, en dose som hos menn vil medføre økning av testosteron på gjennomsnittlig 8,7 nmol/L. For kvinner anses 5 mg testosteron å være egnet dagsdose. En utfordring å fordele en pose på 10 doser! Serumnivå av testosteron bør kontrolleres etter 3-6 uker, og følges hver 6.måned. Det bør ligge i det nivået som er normalt for kvinner i fertil alder (mellom 0,3 og 1,4 nmol/L).

Konklusjon

Det er bra at vi fortsatt har utstillere på årsmøtet så vi kan bli informert om nye produkter og bli påminnet om gamle legemidler som fortsatt er aktuelle. Et godt forhold til legemiddelindustrien er til gjensidig nytte og kommer også våre pasienter til gode. Jeg gjenrar at det er nyttig å lese preparatomtalen (SPC) for legemidler vi bruker. Adgang til SPC'en fås via felleskatalogen.

Mette Haase Moen
15.11.2019

Lokal hormonbehandling ved vaginal atrofi					
Produkt	Innhold	Dose	Applikasjon	Se-nivå pmol/L	Utstyr (applikatorer)
Ovesterin®	Østriol	0,5 mg	Vagitorie 2/uke*	21.dag: 147 21.måned: 20	0
		1,0 mg	Vaginalkrem 2/uke*		1/30 dager
Vagifem®	Østradiol	10 µg	Vaginaltablett 2/uke*	83.dag: 17	8/28 dager
Gélisse®	Østriol	50 µg	Vaginalgel 2/uke*	21.dag: 'ubetydelig'	8/28 dager
Intrarosa®	Praston	6,5 mg	Vagitorie daglig	7.dag Østradiol: 18 Testosteron: 0,5	6/28 dager

*Initialt daglig i tre uker

Figur 2

Vagifem® 10 µg: Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁴

Indikasjon:

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

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-Kierepa, (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 05.09.2018) 5. 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 6. 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. 7. 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 1«Novo Nordisk» 1

Østrogen.

VAGINALTABLETTER 10 µg: Hver vaginaltablett inneholder 10 µg østrogen. ATC-nr.: G03C A03

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

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. **Glemt 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 antritrombinmangel). 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 østadiol 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, kolelitiasis, 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 blodtrykkseøkning, nye anfall av migreneelignende 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 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 uklar. Derfor bør behandlingen, hvis den gjenopptas, 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 ny legeundersøkelse foretas, inkl. gynekologisk 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 gjenstående 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 med 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:** Bevis tyder på økt risiko for brystkreft ved inntak av kombinert østrogen-gestagen, og muligens også systemisk østrogen gitt alene ved HRT, og at risikoen er avhengig av varigheten av HRT. Den økte risikoen blir tydelig innenfor få års bruk, men går tilbake til baseline innen få år (maks. 5 år) etter avsluttet behandling. **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 kjente 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 gjenopptas 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:** Østrogener 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. Østrogener 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-1-antitrypsin, ceruloplasmin). Den minimale systemiske absorpsjonen av østadiol 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 premenatur 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 tilførsel behandling bør i midlertid vurderes. **Graviditet, amming og fertilitet:** Ikke indisert ved graviditet eller amming. Blir kvinnen gravid skal behandlingen avsluttes umiddelbart. **Bivirkninger:** **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Magesmerter. Kjønnsganer/bryst: Vaginal blødning, utflod, vaginalt ubehag. **Neurologiske:** Hodepine. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Kvalme. **Hjerte/kar:** Hetetokter, hypertensjon. **Hud:** Utslett. **Infeksiøse:** Vulvovaginal mykotisk infeksjon. **Undersøkelser:** Økt vekt. Etter markedsføring: Spontanrapportert med Vagifem 25 µg og som har mulig sammenheng med behandlingen: **Svært sjeldne (<1/10 000):** Gastrointestinale: Diaré. **Hjerte/kar:** Dyp venetrombose. **Hud:** Urticaria, erytematøst utslett, kløende utslett, genital pruritus. **Immunsystemet:** Systemisk hypersensitivitetsreaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon/sjokk). **Kjønnsganer/bryst:** Endometriehyperplasi, vaginal irritasjon, vaginal smerte, vaginisme, vaginal ulcerasjon. **Neurologiske:** Forverret migrene. **Psykiske:** Insomni. **Stoffskifte/ernæring:** Væskeretensjon. **Svulster/cyster:** Brystkreft, endometriekreft. **Undersøkelser:** Vektøkning, økt østrogennivå i blod. **Øvrige:** Uvirkosomt legemiddel. **Bivirkninger ved systemisk østrogen/gestagen-behandling (ukjent om disse gjelder lokal behandling):** Galleblæresykdom, chloasma, 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 brystkreft, ovariekreft, venøs tromboembolisme og iskemisk slag. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er ikke sannsynlig pga. lav østradioldose. **Behandling:** Symptomatisk. Se Giftnformasjonens anbefalinger for østrogen G03C på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk 17-β-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med en-dogent humant østadiol til lokal bruk i vagina. **Virkningsmekanisme:** Substituerer redusert østrogenproduksjon, og lindrer symptomene på vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Steroidreseptorkomplekset bindes til cellenes DNA og inducerer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er østrogenavhengig. Østrogener øker antall overflateceller og inter-mediære celler og reduserer antall basisceller i vaginalt uttrykk. Østrogener opprettholder vaginal pH på normalnivå (ca. 4,5), noe som fremmer normal bakterieflora. **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 og priser: 24 stk. (blister) kr 286,60. **Sist endret:** 28.01.2019 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 05.09.2018 **Pris per oktober 2019**



Novo Nordisk Scandinavia 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



SNAKK MED KVINNER I MENOPAUSAL ALDER OM SYMPTOMER PÅ OVERGANGSALDER

Vaginal atrofi rammer kvinner 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

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



Lokalbehandling med lav systemisk absorpsjon⁴

Gir mindre lekkasje enn vagitorier** og er mer hygienisk i bruk enn kremer***^{5,7}

Lindrer plagsomme symptomer som tørrhet, kløe, sårhet, smertefull vannlatning og smerter ved samleie⁶

* I en 12 ukers studie så man at gjennomsnittlig plasma konsentrasjoner av østadiol 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.



Under livekirurgi delen av programmet, utførte Dr. Ola Christiansen (Sykehuset innlandet – Hamar) en robotassistert prostatectomi (RALP). Her fra en felles sesjon med både urologer og RNFA.



Værgudene tok ett opphold fra regnet i det S/S Solrik la ut på en drøy times seilas i skjærgården.



Dr. Charlotta Ericsson deler sine erfaringer med robotkirurgi fra Gyn. avd. Södersjukhuset i Stockholm.



Håndbrygget nyristet kaffe servert av en ekte barista mellom forelesningene var et populært innslag.



Dr. Bjørn Brennhovd (Radiumhospitalet OUS) forteller om sine erfaringer med salvage-prostatectomi.

Robotkirurgi Seminar

Sørlandet Sykehus, Arendal 9.-10. mai 2019



Av Grethe Smedsaas og Mariann Eidet

For første gang ble robotkirurgimiljøet i Norge samlet til et 2 dagers seminar. Nærmere 80 kirurger og sykepleiere fra hele landet deltok.

Den 9.-10. mai i år ble det avholdt et tverrfaglig nasjonalt robotkirurgiseminar ved Sørlandet Sykehus Arendal. Robotkirurger innenfor spesialitetene gynekologi, urologi, samt gastrokirurgi tok del i møtet. Også landets RNFA (Registered Nurse First Assistant) var invitert. Hver spesialitet hadde sin egen fagspesifikke samling, men flere deler var også felles.

Gynekologer hadde benign kirurgi som hovedfokus, inkludert hysterektomi og sakrokolpopeksi. Anne Birthe Lømo delte sine erfaringer fra Innlandet Sykehus med å sette opp et robotisk gyn-program ved en liten avdeling, «Hva man kan få til alene – med litt hjelp fra gode venner». Hun imponerte tilhørerne stort med hva hun har fått til. Katarina Westman og Charlotta Ericsson fra Södersjukhuset i Stockholm delte sine erfaringer fra en storvolum avdeling. De serverte tips og triks som de har plukket opp underveis.

Tema for urologene var prostatakrefte, og gastrokirurgene fokuserte på brokk. Programmet besto av både videodemonstrasjoner,

diskusjonsforum og forelesninger. I tillegg ble det utført live-operasjoner med videolink mellom operasjonsstuen og møterom. Dr. Charlotta Ericsson (Södersjukhuset i Stockholm) opererte robotassistert subtotal hysterectomi og sakrokolpopeksi. Preparat uttak ble også fint presentert.

Dr Brennhovd (Radiumhospitalet OUS) og Ola Christiansen (Sykehuset Innlandet - Hamar) utførte begge hver sin robot-assisterte prostatectomi.

Da livekirurgi var en viktig del av møtet var det av høy prioritet å gjennomføre dette etter gjeldende internasjonale retningslinjer for å ivareta pasientens integritet på sikrest mulig måte. Arrangører søkte derfor til EAU's (European Association of Urology) live-surgery-commite.

Etter det faglige programmet var det lagt opp til sosialisering med seiltur. S/S Solrik, en stilfull skonnert på 67 fot, kunne legge ut på en drøy times seilas i skjærgården. Deretter var det dekket til



God diskusjon i gastrokirurgi-gruppen. Hovedtema var robotassistert brokk-kirurgi i Norge.



God stemning blant deltagerne på festmiddagen.

3-retters middag på Clarion Hotel Tyholmen ut over kvelden.

Ideen til møtet kom til for ca 1 år siden. Flere møter og tverrfaglig planlegging fikk seminaret til å vokse seg til. At vi fikk et så pass godt oppmøte nå, viser tydelig behovet for et slikt samlingspunkt for utveksling av erfaring, faglig påfyll og nettverksbygging på tvers av landets sykehus.

Det er første gangen et slikt seminar blir arrangert i Norge, og tilbakemeldingene under og etterpå har vært svært positive fra alle spesialiteter. Ikke minst det at hele robotteamet var samlet med både kirurger og RNFA. Arrangementskomiteen har derfor allerede planer om å gjenta dette, og vi gleder oss til å kunne hilse velkommen til neste års møte ved Sørlandet Sykehus Arendal 7.-8. mai 2020.

2019 års program gjenfinnes på www.sshf.no/robotarendal2019



Arrangører: Fra venstre: Gynekolog Mariann Eidet, Urolog Carl Hammarlund og Gynekolog Grethe Smedsaas

EBCOG kongressen i Bergen 14.-16. Mai!

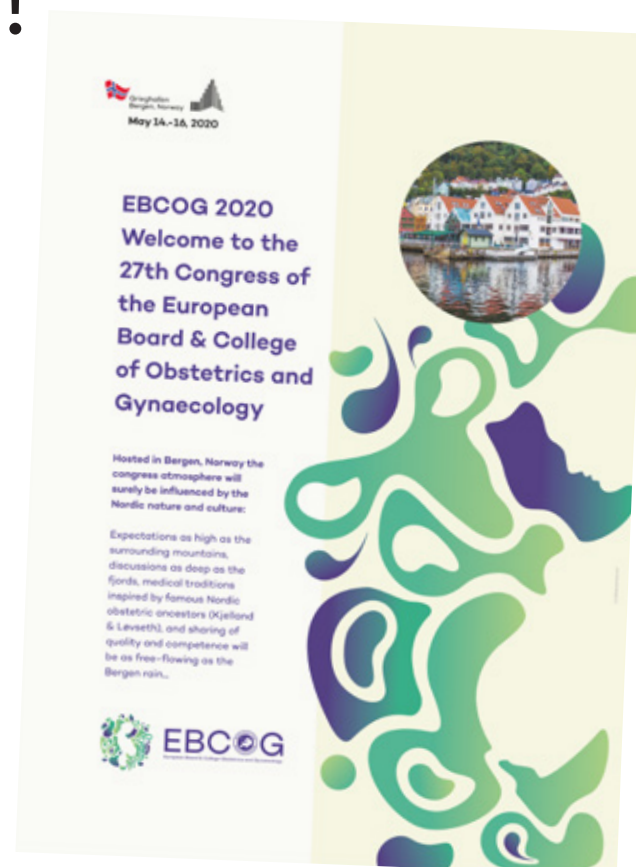
Kjære alle vordende såvel som durkdrevne gynekologer: kom på EBCOG kongressen i Bergen 14.-16. Mai! Her møter du kolleger fra hele Europa for Interessante foredrag fra ledende eksperter og sosialt såvel som faglig påfyll.

For deg som er aktiv forsker: send inn bidrag, alle får muntlig presentasjon i en faglig relevant sesjon.

Du kan enten oversette til engelsk det du sendte til NGF årsmøtet og submittere straks. Evt rekker du å få ut de siste spennende resultater fra ditt pågående prosjekt og sende inn abstrakt før juleferien.

Endelig **abstraktfrist er 5. januar 2020.**
Pass på at vi ikke går glipp av ditt bidrag!

Jone Trovik
Kongresspresident



Intravaginal tampong, som reduserer stressinkontinens.⁽¹⁾

2nd FCS-EFC Advanced Colposcopy Course 7–8th May, 2020
and EFC Satellite Meeting 9th May, 2020
Paasitorni Conference Centre, Helsinki, Finland



Helsinki

DIVEEN[®]

KJENN PÅ FRIHETSFØLELSEN!

Klinisk dokumentert effekt ved stressinkontinens hos kvinner.⁽²⁾

Godkjent på blåresept – hjemmel 501

For mer informasjon, les på vår hjemmeside:
www.bbraun.no eller scan qr-koden:



B. Braun Medical AS | Kjernåsveien 13 B | 3142 Vestskogen | Norge
Tlf. 33 35 18 00 | www.bbraun.no | E-post: kundeservice.no@bbraun.com

⁽¹⁾ Brevet EP 1 924 218 B1

⁽²⁾ Comu J.N et al. 75NC007 device for noninvasive stress urinary incontinence management in women: a randomized control trial. *International Urogynecology Journal* 2012, 23 (12): 1727-34

Gynekologen anbefaler lesestoff med faglig relevans

Denne gangen:

Underaktiv blære – en forsømt tilstand?



The Underactive Bladder by Christopher R. Chapple (editor) and Allan J. Wein (editor), 106 p., 2019 Softcover reprint of the original 1st ed. 2017, Springer, ISBN: 978-3319827346

Av Irina Eide, medredaktør

Overaktiv blære er et kjent fenomen, men den motsatte tilstanden, - underaktiv blære (UAB), - er ofte undervurdert og behandlingsstrategier for den er mangelfulle. Dette er bekymringsfullt, spesielt i lys av kommende eldrebølge og forventet økning i den problemstilling. Det er vist at 22 % av men og 11 % av kvinner over 60 år plages med underaktiv blære (Diokno et al., 1986), og at to tredjedeler av inkontinente pasienter på sykehjem har den tilstanden (Taylor et al., 2006).

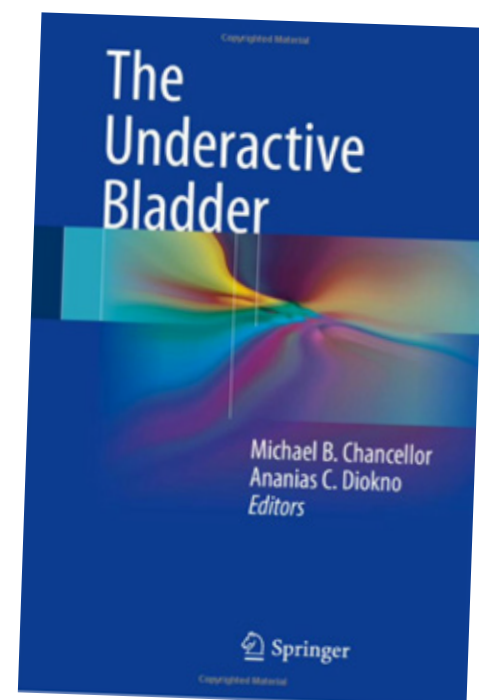
Det er bare de siste årene at begrepet underaktiv blære har blitt allment akseptert, og begynner å bli et av ledende temaer i urologisk forskning. Allikevel er det fortsatt manglende konsensus angående definisjon og diagnostiske kriterier. Den eneste formelle definisjonen av UAB/Detrusor underactivity (DU) er gitt av International Continence Society (ICS): "a contraction of a reduced strength and/or duration, resulting in prolonged bladder emptying and/or failure to achieve complete bladder

emptying within a normal time span" (Abraham's et al. 2002).

Boken The Underactive Bladder gir up-to-date retningslinjer i diagnostikk og behandling av UAB. Den dekker alle aspekter av klinisk vurdering, urodynamisk utredning, standardisert omsorg, medikamentell behandling og akutt hjelp ved UAB. Epidemiologi og patofysiologi er diskutert i separate kapitler.

Boken er vel strukturert, pent illustrert, dekker bredt spekter av underliggende tilstander, og til og med diskuterer UAB hos barn.

Her er noen nyttige linker som man finner i boken:
The Underactive Bladder Foundation. www.underactivebladder.org
National Institute on Aging. www.nia.nih.gov
Women's Health Foundation. www.womenshealthfoundation.org



“Har du pasienter som trenger fertilitetsbehandling? Når du kontakter våre leger direkte, kan behandlingen starte innen noen dager.”

Dr. Jon W. Hausken

Fertilitetssjekken | IVF & IUI med og uten donorsperm
ICSI | TESE/PESA | micro-TESE



Dr. Jon W. Hausken
jon@klinikkhausken.no



Dr. Kirsten Hope
kirsten@klinikkhausken.no



Dr. Arne Schwennicke
arne@klinikkhausken.no



Dr. Caroline Backer
caroline@klinikkhausken.no



Dr. Torolf Holst-Larsen
torolf@klinikkhausken.no



Klinikk Hausken Oslo

Lysaker Torg 5, 1366 Lysaker



Klinikk Hausken Stavanger

Eiganesveien 10-12, 4008 Stavanger



Klinikk Hausken Bergen

Espehaugen 32, 5258 Blomsterdalen



Klinikk Hausken Haugesund

Karmsundsgt. 59, 5531 Haugesund

Klinikk Hausken

www.klinikkhausken.no

Ny behandling ved vaginal atrofi

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

EFFEKT

Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹⁻⁴

SIKKERHET

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

VAGINALGEL

Adhesiv, smørende og lindrende¹

NYTT RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL

Gelisse®

50 µg østriol/g vaginalgel

Gelisse
Østrogen

ATC-nr.: G03CA04.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referenser:

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



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

Alle medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening har tilgang til AOGS som fra 2013 kun publiseres på nett. Gynekologen har fått lov til å trykke de abstracts AOGS redaksjonen selv plukker ut til sin Journal Club. På siden http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ISSN1600-0412/AOGS_Journal_Club.html finner du fulltekst av artiklene samt presentasjoner i PowerPoint format. Vi håper dette vil vekke din faglige nysgjerrighet!

The impact of a national cardiotocography education program on neonatal and maternal outcomes: A historical cohort study

Line Thellesen, Thomas Bergholt, Jette Led Sorensen, Susanne Rosthøj, Lone Hvidman, Brenda Eskenazi, Morten Hedegaard. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Oct;98(10):1258-1267. doi: 10.1111/aogs.13666. Epub 2019 Jun 20.

Introduction: Studies indicate an association between errors in cardiotocography (CTG) management and hypoxic brain injuries among newborns. Continuing professional education is recommended. We aimed to examine whether the implementation of a national interprofessional CTG education program in Denmark was associated with a decrease in risk of fetal hypoxia measured by umbilical cord pH<7.00, five-minute Apgar score <7 or neonatal therapeutic hypothermia. As a secondary aim, we assessed whether the educational intervention was associated with an increase in operative deliveries.

Material and methods: We conducted a historical cohort study from 2009 to 2015 including all intended vaginal deliveries with live born singletons in cephalic presentation and gestational age ≥ 37 weeks. Data were retrieved from the Medical Birth Register and the National Patient Register. The study period was divided in three; pre-implementation (2009-2012), implementation (2013) and post-implementation (2014-2015). Using logistic regression we estimated odds ratios of fetal hypoxia outcomes using the pre-implementation period as reference. Analyses were adjusted for potential maternal, neonatal and delivery-associated confounders. Missing data were accounted for by multiple imputation.

Results: 331 282 deliveries were included. Overall risks of pH <7.00, Apgar score <7 and therapeutic hypothermia were 0.45%, 0.58% and 0.06%. Adjusted odds ratios in the post-implementation period were 1.12 (95% CI 1.00-1.26), 0.99 (95% CI 0.90-1.10) and 1.34 (95% CI 0.99-1.82) for the three outcomes respectively. pH missingness equaled 12.4%. Odds of emergency cesarean section was unaltered, whereas the odds of assisted vaginal delivery decreased by 14% (OR 0.86 (95% CI 0.84-0.89)).

Conclusions: Healthcare professionals are considered the weakest link of CTG technology. We did not find that increasing healthcare professionals' CTG interpretation skills affected the risk of fetal hypoxia. Missing data for pH values were substantial and is a limitation to the study. We cannot with certainty rule out that missingness has masked a true effect of the intervention. Our study indicates that assisted vaginal deliveries can be decreased without an increased risk of fetal hypoxia. Dilution of effect in a complex clinical setting, rare outcomes, insufficient intervention and a possible over-estimation of the impact of errors in CTG management might explain the lack of effect.

Labor induction with misoprostol vaginal insert compared with dinoprostone vaginal insert

Claudia Maggi, Giorgia Mazzoni, Vera Gerosa, Nicola Fratelli, Federico Prefumo, Enrico Sartori, Andrea Lojaccono. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Oct;98(10):1268-1273. doi: 10.1111/aogs.13667. Epub 2019 Jun 18.

Introduction: Misoprostol vaginal insert could lead to a significant reduction of the time to vaginal delivery, and an increase in

the proportion of women achieving vaginal delivery, compared with dinoprostone vaginal insert. We compared delivery outcomes of misoprostol 200 mg vaginal insert and dinoprostone 10 mg vaginal insert for induction of labour in women with an unfavourable cervix.

Material and methods: This is a retrospective observational study conducted on a cohort of 220 women with a Bishop score ≤ 4 admitted for induction of labour at a single institution. Of these, 109 (49.5%) received the Misoprostol vaginal insert and 111 (50.5%) the Dinoprostone vaginal insert. The primary outcome was the vaginal delivery rate. Secondary outcomes were: time from induction to vaginal delivery, time to any delivery mode, time from induction to the onset of active labor, oxytocin use, uterine tachysystole, need for tocolysis.

Results: The vaginal delivery rate was 88% in the misoprostol insert group, compared with 74% in the dinoprostone insert group ($p<0.007$). The average time from drug administration to the beginning of labour was shorter in the misoprostol compared to the dinoprostone group (855 vs 1740 minutes, $p<0.0001$). Also the average time from administration to delivery was shorter for women receiving misoprostol compared to the others (1113 vs 2150 minutes, $p<0.0001$). We found that the use of misoprostol reduced the need for oxytocin compared with dinoprostone (30.2% vs 43.2%, $p 0.046$). Finally, compared with dinoprostone, the misoprostol insert was associated with more uterine tachysystole (38% vs 12%, $p<0.001$), but the rate of tachysystole requiring tocolysis was not significantly different between the two groups (51.2% vs 46.1%, $p 0.1$). Multivariate analysis showed that Bishop score and method of induction, but not maternal body mass index or gestational age at induction, were independently associated with mode of delivery.

Conclusions: The cesarean section rate was significantly lower in the misoprostol insert group. The use of misoprostol was also associated with reduced time to vaginal delivery and time to onset of active labor and with decreased use of oxytocin. Tachysystole was a frequent complication during induction of labor with the misoprostol insert.

Peritoneal contamination with ICG stained cervical secretion as surrogate for potential cervical cancer tumor cell dissemination. A proof-of-principle study for laparoscopic hysterectomy

Rüdiger Klapdor, Hermann Hertel, Peter Hillemanns, Marlene Röttger, Philipp Soergel, Elna Kuehnle, Matthias Jentschke. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Nov;98(11):1398-1403. doi: 10.1111/aogs.13681. Epub 2019 Jul 23.

Introduction: Intracorporeal colpotomy during radical hysterectomy for cervical cancer is discussed to be a risk factor for peritoneal dissemination of tumor cells. It might lead to increased recurrence rates after laparoscopic radical hysterectomy compared to abdominal hysterectomy as shown by the recent LACC study. Data on the frequency or mechanisms of peritoneal contamination are missing. We aimed to analyze peritoneal contamination of cervical secretion during intracorporeal colpotomy with a novel indocyanine green (ICG) -based technique.

Material and methods: In this prospective proof-of-principle study, patients undergoing routine laparoscopic or robot-assisted hysterectomy were included. ICG was specifically applied to

the cervical surface and routine surgery was performed. During colpotomy pictures under white and fluorescence light were taken to evaluate frequency of contamination.

Results: By using cervically applied ICG we were able to directly visualize peritoneal contamination with cervical secretion during intracorporal colpotomy. We detected peritoneal contamination in 9/12 (75%) patients undergoing routine laparoscopic hysterectomy. Contamination of laparoscopic instruments occurred in 60% of the patients. When contamination occurred, it was routinely detectable during all steps of colpotomy. There were no adverse effects during surgery.

Conclusions: Peritoneal contamination with cervical secretion frequently occurs during intracorporal colpotomy. This novel technique represents a promising tool for feasible and direct visualization of peritoneal contamination during colpotomy. This technique may be easily implemented in further studies on laparoscopic and abdominal hysterectomy and serve as a quality assessment tool for surgeons and surgical techniques.

Evidence for the Oocyte Mosaicism Selection model on the origin of Patau syndrome (trisomy 13)

Lilla Éva Babay, Dániel Horányi, Balázs Gyórfi, Gyula Richárd Nagy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019 Aug 29. doi: 10.1111/aogs.13694. [Epub ahead of print]

Introduction: In 2008, Hultén et al. hypothesized that maternal ovarian trisomy 21 mosaicism might be the primary causative factor for fetal Down syndrome. We hypothesize that this theory can be extended to trisomy 13.

Material and methods: We collected fetal ovarian tissue and control samples from seven female fetuses between 16–23 gestational weeks, following the termination of the pregnancy for non-genetic reasons. All procedures were performed with informed consent and ethical approval from the local ethical committee. We used touch preparation techniques from fetal ovarian tissues and an anti stromal antigen 3 antibody against the meiosis-specific stromal antigen 3 protein to differentiate between germ cells, ovarian stromal cells and the cells entering their first meiotic prophase. We used fluorescence in situ hybridization analysis to determine chromosome 13 numbers in each cell.

Results: We were able to detect a proportion of trisomy 13 cells in all cases. The average incidence of trisomy 13 cells was 2.04 % in stromal antigen 3 positive and 0.91 % in the stromal antigen 3 negative cells. The number of the trisomic cells were significantly increased with gestational age (for stromal antigen 3 positive cells $r=0.93$, $p=0.0038$, for stromal antigen 3 negative cells $r=0.85$, $p=0.0071$).

Conclusions: This study indicates that besides trisomy 21, the Oocyte Mosaicism Selection model might be extended to trisomy 13 as well. The crucial factor for trisomy 13 seems to be the pre-meiotic/mitotic trisomy 13 mosaicism, leading to a so-called secondary meiotic nondisjunction of those oocytes having three copies of chromosome 13.

Ovarian cancer stage, variation in transvaginal ultrasound examination rates and the impact of an urgent referral pathway: a national ecological cohort study

Marie-Louise Ladegaard Baun, Alina Zalounina Falborg, Peter Hjertholm, Lone Kjeld Petersen, Peter Vedsted. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019 Jul 29. doi: 10.1111/aogs.13693. [Epub ahead of print]

Introduction: The aim of this study was to determine if variation in transvaginal ultrasound examination rates in Danish general practice populations is associated with ovarian cancer outcomes, and to explore the impact of the introduction of a cancer patient pathway for ovarian cancer.

Material and methods: We performed a national register-based cohort study of gynecological cancer-free women aged 40 years or above, living in Denmark, and listed with a specific general practitioner in 2004–2014. Practice populations were divided into quartiles according to the general practitioners' transvaginal ultrasound propensity in the preceding year. Associations between transvaginal ultrasound rates and ovarian cancer outcomes were analysed using Poisson and logistic regression.

Results: We included 2769 general practices with 1 739 422 listed women of whom 5325 were diagnosed with ovarian cancer during the study period. Practices varied two-fold in transvaginal ultrasound rates before and after the implementation of the cancer patient pathway. Before the cancer patient pathway was introduced, women listed with practices with the highest transvaginal ultrasound rates were diagnosed with earlier stages of ovarian cancer (odds ratio: 1.38, 95% confidence interval; 1.06 to 1.81) and had a higher proportion of borderline tumors (incidence rate ratio: 1.38, 95% confidence interval; 1.10 to 1.75) compared to women least exposed to transvaginal ultrasound. After the cancer patient pathway, no significant differences were identified between the groups.

Conclusions: Before the cancer patient pathway, the most transvaginal ultrasound-exposed women were significantly more likely to be diagnosed with early stage ovarian cancer compared to the least transvaginal ultrasound-exposed. After the cancer patient pathway was implemented, the difference disappeared. This suggests that increased awareness and access to transvaginal ultrasound is useful for diagnosing early-stage ovarian cancer.

Outpatient vs inpatient total laparoscopic hysterectomy: a randomized controlled trial

Ulla Juul Christiansen, Anne Raabjerg Kruse, Peter Grønning Olesen, Finn Friis Lauszus, Ulrik Schioler Kesmodel, Axel Forman. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019 Nov;98(11):1420-1428. doi: 10.1111/aogs.13670. Epub 2019 Jul 15.

Introduction: The objective was to investigate if outpatient total laparoscopic hysterectomy (TLH) could be performed as a routine without compromising patient satisfaction. Main outcomes were patient satisfaction with length of hospital stay, quality of life, complications and readmissions, and time to return to work.

Material and Methods: A non-blinded prospective randomized controlled trial (Canadian Task Force classification I) performed in a single-center teaching hospital in Denmark. A total of 204 women scheduled for TLH on benign indication were randomized to same-day discharge or overnight stay after TLH. Visual analogue scales (VAS), the validated questionnaire EQ-5D, and a diary were filled in pre- and postoperatively. VAS scores on satisfaction with length of hospital stay and pain were administered together with the EQ-5D and the diary during a follow-up over four weeks. Student's t-test, chi-square and non-parametric statistics were used for analysis. The study was registered with ClinicalTrials.gov #NCT02933047.

Results: A total of 204 women gave informed consent and 203 underwent surgery (101 outpatient and 102 inpatient women). Complete data were available for 76 women in the outpatient group and 86 women in the inpatient group. There were no differences in baseline characteristic. No group differences were found in satisfaction with length of hospital stay ($P=0.35$). The EQ-5D revealed no difference in patient satisfaction. However 1/3 in the outpatient group chose overnight stay without medical indication. The groups were comparable in clinical outcomes. Sick leave was longer in the outpatient group regardless of the actual treatment ($P=0.015$).

Conclusions: Routine outpatient TLH implies that 1/3 of patients stay overnight if this option is available without medical indication. Within this context the procedure can be performed with high patients satisfaction, but may affect time to return to work negatively.

VISERA ELITE II

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



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 videolaparoskop
- Autofokus

THUNDERBEAT er verdens første fullintegreerte bipolar- og ultralydsinstrument.

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

OLYMPUS NORGE AS

Drengsrudbekken 12, 1383 Asker | www.olympus.no

See more in life



HM70A - HS50 - HS70A - RS85 - WS80A - RS80A - HS60 - HS40 - PT60A

Inter-Medical – Oslo
Grini Næringspark 3
1361 Østerås, Norge
Telefon: [+47] 952 73 527
Email: post@inter-medical.com

Inter-Medical – Gjøvik
Baldersvei 3
2816 Gjøvik, Norge
Telefon: [+47] 406 17 940
Epost: nils@inter-medical.com

SAMSUNG

INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG MEDISON