

# Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

3 • 2018

ÅRSMØTEUTGAVEN 2017

Velkommen til

Oslo

24. - 26. OKTOBER



**Program årsmøte** s. 12

**Generalforsamling** s. 18

**Abstract** s. 22



Norsk gynekologisk  
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

# See more in life



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

Inter-Medical – Oslo  
Grini Næringspark 3  
1361 Østerås, Norge  
Telefon: [+47] 975 60 172  
Email: post@inter-medical.com

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

INTER-MEDICAL AS  
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

## SAMSUNG MEDISON



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

Ane Ø. Bergquist  
Lis, Levanger sykehus  
ane.bergquist@gmail.com

### Nettredaktør

Tina Tellum  
Lis OUS  
tina.tellum@gmail.com

### Layout, annonsesalg og produksjon

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

### GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

### Materiellfrister for redaksjonen

innhold 2018

nr. 4-2018; 1. november 2018

Opplag: 1300



### 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.

# INNHOOLD

LEDER .....	5
<b>ÅRSMØTE 2017</b>	
Velkommen til Oslo .....	9
Program formøter .....	10
Program årsmøtet .....	12
Presentasjon av styret .....	16
Nytt fra styret .....	16
Generalforsamling NGF 2018 .....	18
NGF utvalg og komiteer høst 2018 .....	20
<b>ABSTRACT</b>	
Frie foredrag Gynekologi .....	22
Frie foredrag Obstetikk .....	32
<b>POSTERE</b>	
Gynekologi .....	40
Obstetikk .....	45
<b>ÅRSRAPPORTER 2017</b>	
Årsrapport NGF .....	52
Årsrapport NFOG .....	56
Årsrapport Endoskopiutvalget .....	57
Årsrapport NFGO .....	58
Årsrapport Referansegruppe for fosterovervåkning .....	59
Årsrapport FIGO .....	60
Årsrapport NFOG .....	60
Årsrapport Spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer .....	61
Årsrapport Kvalitetsutvalget .....	61
Årsrapport EBCOG .....	62
Årsrapport NGER .....	64
Årsrapport NKIR .....	64
<b>FUGO</b>	
Leder .....	68
Formøte FUGO .....	68
Årsrapport 2017 .....	69
<b>GYNEKOLOGEN GRATULERER</b> .....	70
<b>SPECIALITETSKOMITÉEN</b> .....	72
<b>NORGE RUNDT</b>	
Kvinneklinikken Ullevål .....	74
<b>GYNEKOLOGER IMELLOM</b> .....	78
<b>GYNEKOLOGEN ANBEFALER</b>	
Medscape som "New York Times and the Wall Street Journal of Medicine" .....	80
Norge rundt på sykkel – eventyr også for normale mennesker! .....	82



### Kjære kollega!

Årsmøteutgaven presenter det endelige og fullspekkede programmet til årsmøtet i NGF. En flott arena å møte kollegaer fra hele landet. Vi gleder oss til å se deg i Oslo. Husk å ta med deg denne utgaven av Gynekologen!

Beste hilsen Jenny Alvirovic



# 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

 Kan fås reseptfritt på apotek

### Remisoft vaginalkrem

Den beskyttende fysiske barrieren bidrar til:

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

For mer info eller bestilling av prøver, kontakt oss på: [post@sanapharma.no](mailto: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 innholdstoffer. Les bruksanvisningen før bruk.

Referanse 1: Henneiche-von Zepelin HH et al., Clinical trial shows lasting function of a new moisturizing cream against vaginal dryness. Wien Med Wochenschr.2017;167(7-8):189-195

Sana Pharma Medical AS | Enebakkveien 117 A, 0680 Oslo | Tlf: 21 95 07 40 | E-post: [post@sanapharma.no](mailto:post@sanapharma.no) | [www.sanapharma.no](http://www.sanapharma.no)



«NGF står fast på åpenhet, gjennomsiktighet og demokratiske prinsipper»

## FIGO, Legeforeningen og NGF

Den 22. verdenskonferansen i Gynekologi og Obstetikk avholdes i Rio fra 14. til 19. oktober. NGF og våre venner i NFOG er av verdensorganisasjonen (FIGO) invitert til å arrangere to sesjoner. Vi har valgt å fokusere på to av styrkene vi har i Norden: gode screeningstrategier for å fremme kvinners helse og forebygge kreft og hvordan vi klarer å holde lave keisersnittsrater. I begge sesjonene er det utelukkende nordiske foredragsholdere. NGF er representert med sterke kort. Vi er glad for denne muligheten til å fremme nordisk praksis for et bredt publikum fra store deler av verden. NGF er forpliktet til å virke for internasjonalt samarbeid med foreninger som arbeider for gynekologi og obstetikk. Verdensorganisasjonen teller omlag 130 medlemsland og NGF betaler årlig medlemsavgift som gir oss stemme og talerett ved generalforsamlingen i Rio. Denne retten kommer vi til å bruke i Rio, og vi vil ha et tett samarbeid med vår nordiske venner. Lederne i de nordiske foreningene planlegger strategi før vi møtes i Brasil. Ikke alt virker å være helt på stell i FIGO. NGF står fast på åpenhet, gjennomsiktighet og demokratiske prinsipper. Vi får se hvor langt vi kommer.

Her hjemme besluttet Legeforeningen ved siste landsmøte å omorganisere den fagmedisinske aksene. Dette får betydning for NGF. Tanken bak denne endringen er å tydeligere skille fagforening fra fagmedisin. Dette vil bidra til å øke troverdigheten når vi uttaler oss som fagmedisinere. De fagmedisinske foreningene skal og vil være opptatt av faget til beste for pasientene. Vi vil ikke bli mistenkt for å ta fagforeningshensyn. NGF har over 1000 medlemmer og får derfor 2 representanter i det nye faglandsrådet. Det første medlemmet velges av NGF og det andre medlemmet velges av FUGO. For perioden 2018-2019 gjelder overgangsregler der de respektive styrer (NGF og FUGO) har pekt på Thea Mikkelsen og undertegnede. For perioden 2019-2020 gjelder ordinære regler og representantene skal velges av generalforsamlingene. NGF fremmer sak for generalforsamlingen i Oslo for hvordan vi skal håndtere dette i fremtiden. Alle medlemmer inviteres herved til å delta på generalforsamlingen torsdag 25. oktober klokken 1700-1830!

Da gjenstår det å ønske velkommen til årsmøtet 2018 i Oslo, vi sees!

Vennlig hilsen

*Nils-Halvdan Morken (nh), Leder NGF*

#### Styret i Norsk gynekologisk forening 2018

**Leder:** Nils-Halvdan Morken, Haukeland Universitetssjukehus  
[nmo084@uib.no](mailto:nmo084@uib.no), T: 92257114

**Nestleder:** Stine Andreassen, Nordlandssykehuset Bodø  
[stine.andreassen@online.no](mailto:stine.andreassen@online.no), T: 99382121

**Kasserer:** Hans Kristian Oppøien, Akershus Universitetssykehus  
[hans.kristian.opoien@ahus.no](mailto:hans.kristian.opoien@ahus.no), T: 92889396

**Medlem (PSL):** Yngvild Skaatun Hannestad  
[yngvild.hannestad@uib.no](mailto:yngvild.hannestad@uib.no), T: 91695885

**Vitenskapelig sekretær:** Kirsten Hald, Oslo universitetssykehus  
[khald@online.no](mailto:khald@online.no), T: 95224181

**Sekretær (FUGO):** Anders Einum, St. Olavs Hospital  
[aeinum@gmail.com](mailto:aeinum@gmail.com), T: 48053086

**Varamedlem (FUGO):** Ane Bergquist, Levanger sykehus  
[ane.bergquist@gmail.com](mailto:ane.bergquist@gmail.com), T: 90876381

**Varamedlem:** Maren Baumann, Gynekolog Baumann i Haugesund  
[maren@gynekologbaumann.no](mailto:maren@gynekologbaumann.no), T: 47012090

**Varamedlem:** Frida Andræ, Nordlandssykehuset Bodø  
[frida.andrae@gmail.com](mailto:frida.andrae@gmail.com), T: 47624879

## ▼ 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, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatadjuvans) 0,5 mg, vann til injeksjonsvæsker.

**Indikasjoner:** Aktiv immunisering av personer ≥9 år mot følgende HPV-sykdommer: Premaligne lesjoner og kreft i livmor, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typene som vaksinen dekker. Kjønnsvorter (condyloma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typene. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet bør følge offentlige anbefalinger.

**Dosering:** Brukes iht. offisielle retningslinjer. Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klart. **Personer 9-14 år:** Vaksinasjonsplan med 2 doser (0,5 ml 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 (0,5 ml 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 (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 uklær, 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 kanyle 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. Ved symptomer på overfølsomhet skal det ikke gis flere doser. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine. Vaksinasjon utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber.

**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. 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 må 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 cervix-, vulva-, vaginal- og analkreft, høygradige cervix-, vulva-, vaginal- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinenes sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsvikt virus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Skal 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. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinasjon bør utsettes til etter fullført graviditet. *Amming:* Kan brukes til mødre som ammer. *Fertilitet:* Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonstoksicitet i dyrestudier.

**Bivirkninger:** *Svært vanlige (≥1/10):* Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme. Nevrologiske: 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-skjelett-systemet: Artralgi, myalgi. Nevrologiske: 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 vaksintypene i 7. måned i alle testgrupper. GMT var høyere hos jenter og gutter 9-15 år enn hos kvinner fra 16 til og med 26 år, og høyere hos gutter enn hos jenter og kvinner. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaksinasjon er ikke fastslått. Hos gutter og jenter 9-15 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 3 år, og avhengig av HPV-type er 93-99% seropositive. Hos kvinner 16-26 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 3,5 år, og avhengig av HPV-type er 78-98% seropositive.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Administreres 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. 1384,80.

**Sist endret:** 23.05.2017

### 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. 12<sup>th</sup> rev ed. 2<sup>nd</sup> printing. Washington DC: Public Health Foundation: 2012:139-150. 3. Gardasil 9 SPC 03.05.2017, seksjon 2, 4.1 og 5.1

# Har du vaksinert deg?

Voksne kan også ha nytte av å vaksinere seg mot HPV<sup>1</sup>

HPV-viruset smitter begge kjønn i alle aldre<sup>2</sup>

Det er ingen øvre aldersgrense for å vaksinere seg med Gardasil 9<sup>3</sup>

Gardasil 9 beskytter mot HPV-relatert kreft og kjønnsvorter\*<sup>3</sup>



\* 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 bør 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.

Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen

# Velkommen til Oslo og NGFs årsmøte 2018!

*Kjære kolleger!*

**Det er med stor glede vi ønsker velkommen til Oslo og NGFs årsmøte 24.-26. oktober 2018 i Oslo!**

Vi i lokal arrangementskomite jobber for at årets årsmøte skal bli det beste årsmøtet ever(!). Styret har satt sammen et inspirerende faglig program og vi i LOK gjør alt for at det sosiale programmet når nye høyder. Vi gleder oss allerede og takker styret for tilliten.

Årsmøtet finner sted på Ullevål stadion. Meet Ullevål er Oslos største konferansesenter, praktisk beliggende midt mellom Rikshospitalet og Ullevål og med kort vei til sentrum. Vi ser frem til å se dere i vår flotte hovedstad og til å dele fine dager sammen.

Tradisjonen tro blir det spennende forkurs for alle før vi åpner dørene til Kunstneres hus og "Get-together". Vi håper flest mulig vil ta seg tid til å møtes der og ta opp tråden fra i fjor med gode kollegaer fra hele landet.

Program til årsmøtet finner dere vedlagt i denne utgaven av Gynekologen. Vi håper å by på friske innslag i pausen og lokal underholdning.

Årsmøtemiddagen på Meet Ullevål vil som alltid by på flere overraskelser. Underholdningen er fortsatt hemmelig og priser vil selvfølgelig deles ut.

Det er bare å glede seg, for det gjør vi!

**Velkommen!!!**

Hilsen oss i Lokal Komité Oslo



# Program formøter

## -NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

24. oktober kl. 17.30-19.00



### FUGO kurset:

Kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet  
24. oktober, kl 09.30 - 16.00

### Utdanningsforum

Møte for alle ledere av utdanningsutvalg og RegUt  
Arrangør: Spesialitetskomiteen  
24. oktober, kl 14.30 og 16.00

### Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

Møteleder: Bent Fiane, SUS

- 17.30 - 17.35 Velkommen  
17.35 - 18.05 Arvelig kreft – Testing, oppfølging og forebygging (Anne Dørum, OUS)  
18.05 - 19.00 Palliasjon (Torbjørn Paulsen, OUS)

### FUGO

- 17.30 - 18.10 Generalforsamling FUGO  
18.10 - 18.25 Oppdatering fra spesialitetskomiteen.  
18.25 - 19.00 Gynekolog Torolf Holst-Larsen kommer direkte fra styremøte i Bioteknologirådet for å gi oss det ferskeste av det ferske fra arbeidet med ny bioteknologilov!

### Praktiserende spesialisters Landsforening

#### Samarbeid og arbeidsdeling mellom fastleger og gynekologer i praksis – hvor ligger utfordringene og hva er gode løsninger?

Hva er gode henvisninger og gode epikriser? Ventetider og prioriteringer. «Henvises til rutineundersøkelse». Noen kvinner vil ikke undersøkes hos fastlegen. Noen fastleger gjør ikke gynekologisk undersøkelse. Pasienter med opprinnelse fra andre land. Forskjeller by og land. Hvordan ser dette ut fra fastlegens og gynekologens synsvinkel? Hva kan bli bedre - og hvordan?

Dialog med salen etter innledninger ved Petter Brelin, fastlege og leder for Norsk forening for Allmenntilleggsmedisin  
Marianne Natvik, fastlege og leder for Faggruppe for gynekologi i Norsk forening for Allmenntilleggsmedisin  
Anne Cecilie Hallquist, gynekolog i avtalepraksis, Helse Sør-Øst og leder i NGFs kvalitetsutvalg  
Yngvild Skåtun Hannestad, gynekolog i avtalepraksis, Helse-vest

### Lederforumet på årsmøtet med Lisbeth Sommervoll og «Ledelse i pasientsikkerhetens tid»

Onsdag 24.oktober. Kl 17.30-19.00. Lisbeth Sommervoll er lege og er spesialist i indremedisin. Hun har også spesialisering i hjertesykdommer, samt lederutdanning fra BI. Sommervoll har hatt ulike lederstillinger, både ved Sykehuset i Vestfold, Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus, og er nylig ansatt som administrerende direktør i Vestre Viken HF. Lisbeth Sommervoll er opptatt av pasientsikkerhet og ledelse, og er en strålende og engasjerende foredragsholder. Vi i OUS er stolte av å ha Sommervoll som foredragsholder på årets Lederforum i forkant av NGF Årsmøte 2018.



Lisbeth Sommervoll

### Norsk urogynekologisk gruppe (NUGG )

- 17.30 – 17.50 I hvor stor grad påvirker totale levator avulsjoner utfallet av descensoperasjoner med Manchester teknikken?  
Sissel Oversand overlege/PhD-student OUS/UiO
- 17.50 – 18.10 Risikofaktorer for prolaps 6 uker etter fødsel  
Cathrine Reimers overlege/PhD-student OUS/UiO
- 18.10 – 18.30 Pregnant, endelige resultater – betyr det noe å føde etter tidligere TVT?  
Ole Aleksander Dyrkorn lege/PhD-student OUS/UiO
- 18.30 – 18.40 Validering av viktige variabler i NKIR registeret  
Ole Aleksander Dyrkorn lege/PhD-student OUS/UiO
- 18.40 – 19.00 Komplikasjons kvarteret utvidet (20 min)  
- «Nerve-entrapment» ved spinafix (Spydslaug)  
- Leiringsskader etter vaginalplastikker (Kvile)  
- Vesicovaginal fistel etter sakrokolpopexi (Svenningsen)

### Endoskopiutvalgets formøte

Onsdag 24.oktober. Kl 17.30. Du vil få presentert to nye metoder av internasjonalt anerkjente operatører.

Francis Gardener fra Portsmouth UK vil snakke om sine erfaringer med intrauterin morcellering av polyper og myomer. Han vil snakke både om selve inngrepet og hvordan dette er organisert som en poliklinisk prosedyre.

Vi får også besøk fra Tyskland. Günter Noé vil presentere sin prosedyre for laparoskopisk pectopexi. Han har vært med å utvikle nett som festes anatomisk litt anderledes enn den til nå mest brukte metoden i Norge. Resultatene til nå er svært lovende, med redusert forekomst av tarmproblematikk etter inngrepet.

Så hjertelig velkommen til Endoskopiutvalgets formøte. Du vil ikke angre.



Francis Gardener



Günter Noé

## Get-together

Velkommen til Get-together på Kunsternes Hus onsdag 24. oktober.

Buss fra Thon Ullevål kl 19.30. Dørene åpner kl 20

Vi håper å se deg der!





# PROGRAM NGF ÅRSMØTE

Oslo 2018

## Onsdag 24. oktober

17.30-19.00: **Formøter**

- Norsk Urogynekologisk gruppe
- FUGO generalforsamling
- Praktiserende spesialisters Landsforening
- Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)
- Norsk Gynekologisk Endoskopiutvalg
- Lederforum

20.00-23.00: **Get-together Kunstneres Hus**  
Buss fra Thon Ullevål kl 19.30

## Torsdag 25. oktober

09.00-09.30 **Åpning av årsmøtet**

09.30-10.30 **Placenta og vår helse**

Tore Henriksen, Professor emeritus, Det medisinske fakultet, UiO

10.30-11.00 **Pause/ besøk hos utstillere**

11.00-12.00 **Frie foredrag 1 KVALITET/UTDANNING**

**O1. Johansen LT:** Tilsynsmyndighetenes vurdering av alvorlige hendelser i fødselsomsorgen

**O2. Bjellmo S:** Barn som døde under fødsel eller i nyfødtp perioden i seteleie til termin: Preliminære resultater fra en kasus-kontrollstudie

**O3. Iversen JK:** Strukturert klinisk undersøkelse i fødsel har høy nøyaktighet- og kan læres- prospektiv studie

**G1. Ravlo M:** Erstatningsaker i gynekologi - hva kan vi lære?

**G2. Goderstad JM:** Utvikling og evaluering av et treningsprogram for leger i spesialisering som skal utføre laparoskopisk supracervikal hysterektomi

**BOKSEN GÅR!- LAPAROSKOPITRENING FOR LIS.** Marianne Omtvedt, FUGO

12.00-13.00 **Lunch/Lunch symposium**

13.00-14.30 **Frie foredrag 2 GYNEKOLOGI/CANCER**

**G3. Skrøppa S:** Endringer i laparoskopiske hysterektomimetoder i Norge 2013-2017

**G4. Dale PO:** Pasientene er fornøyde med opplevelsen (PREM) etter gynekologisk endoskopiske operasjoner.

**G5. Svenningsen R:** Svangerskap etter laparoskopisk kornual reseksjon for interstitielle graviditeter

**G6. Johansen M:** Fertilitet etter kryopreservering av ovarialvev ved kreftbehandling

**G7. Vistad I:** Symptomer og selvrappertert fysisk funksjon under cellegiftbehandling for eggstokkreft - En longitudinell studie

**G8. Engerud H:** Plasma Growth differentiation factor-15 is an independent marker for aggressive disease in endometrial cancer

**G9. Skjeldestad:** HPV-test in triage of ASC-US / LSIL - The CIN3+ risk in 5-type HPV E6/E7 mRNA negative women.

**G10. Aabø RS:** Medikamentell abort hos avtalespesialist

14.30-15.00 **Pause / besøk hos utstillere**

15.00-16.30 **HPV primærskanning og vaksine**

• Ingrid Baasland, stipendiat NTNU: HPV primærskanning

• Mari Nygård, leder for gruppe for HPV relatert epidemiologisk forskning, Kreftregisteret: Vaksine til kvinner over 26 år/vaksine til vaksinerte

• Ameli Tropé, leder for Livmorhalsprogrammet, Kreftregisteret: Screening for vaksinerte

16.30-17.00 **Pause / besøk hos utstillere**

17.00-18.30 **Generalforsamling**

19.30-01.00 **Årsmøtemiddag**





## Fredag 26. oktober

### 09.00-10.30 **Pasientmedvirkning**

- Pål Gulbrandsen, professor i helsetjenesteforskning, UiO:  
"Hvordan oppnå pasientmedvirkning når tida er knapp"
- Hva gjør vi når kvinnen nekter keisersnitt?

Dag Moster, overlege Nyfødt-intensiv, Haukeland,  
leder klinisk etisk komite Helse-Bergen

Berge Solberg, professor i medisinsk etikk, NTNU

Diskusjon og spørsmål

### 10.30-11.00 **Pause / besøk hos utstillere**

### 11.00-12.00 **Frie foredrag 3** GENERELL GYNEKOLOGI/UROGYNEKOLOGI

**G11.Tellum T:** Utvikling av en multivariat prediksjonsmodell for diagnostikk av adenomyose

**G12.Trovik J:** Serum prealbumin som ernæringsmarkør i tidlig svangerskap;  
etablering av referanseområde.

**G13.Johansen N:** Har kvinner økt risiko for hjerte- og karsykdom etter premenopausal  
risiko-reducerende salpingo-ooforektomi?

**G14.Reimers C:** Risk factors for anatomic pelvic organ prolapse six weeks after childbirth

**G15.Mattew S:** Levator ani muskelskade og risiko for urin og avføringsinkontinens  
15-24 år etter fødsel

### 12.00-13.00 **Lunch/Lunch symposium**

### 13.00-14.30 **Frie foredrag 4** OBSTETRIKK

**O4.Michelsen T:** Placentære proteiner utskilt til maternell og føtal sirkulasjon  
i normal graviditet basert på 4-kr-prøvetaking og SOMA proteomikk-analyse

**O5.Kristiansen O:** Maternelt adiponektin er inverst korrelert med GLUT1 i  
syncytiotrofoblastens basalmembran

**O6.Eskild A:** Effekten av Doppler ultralyd på forekomst av fosterdød.  
En studie av alle svangerskap i Norge i 1990-2014

**O7.Engjom HM:** Risiko for eklampsi og HELLP- syndrom; betydningen  
av tilgang til fødeinstitusjon og fødselsted

**O8.Moe K:** Økt risiko for hjerte- og karsykdom allerede 1 år etter preterm preeklampsi

**O9.Leeves L:** Prevalensen av diabetes blant gravide har økt, mens prevalens av  
preeklampsi blant dem har falt: en kasus-kontroll studie i Troms og Nordland i 2004-2015.

**O10.Danielsson K:** Complications in pregnancy and childbirth for women with epilepsy;  
changes over time

**O11.Sommerfelt S:** Fødselsvekt og placentavekt hos innvandrerkvinner: Hva betyr botid i Norge?

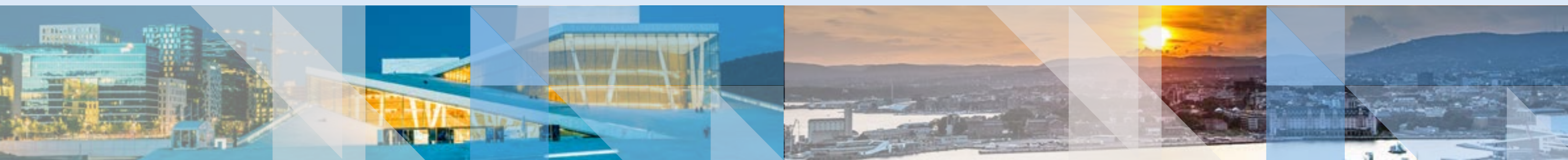
**REVIDERING AV VEILEDER I OBSTETRIKK:** Orientering ved redaktør Anne Flem Jacobsen

### 14.30-15.00 **Pause / besøk hos utstillere**

### 15.00-16.30 **IVF 40 år; Hvor står vi og hvor går vi?**

- Liv Bente Romundstad, Spiren Fertilitetsklinikk og NTNU:  
Assistert befruktning med dalende obstetrisk risiko
- Nan Oldereid, IVF klinikken Livio: Moderne IVF behandling med vekt på ovarial stimulering.
- Hans Ivar Hanevik, sykehuset Telemark og leder Norsk Forening for Assistert Befruktning:  
Kan IVF påvirke menneskets evolusjon?
- Gareth Greggains, Reproduksjonsmedisinsk avdeling, OUS:  
Epigenetikk og tidlig embryoutvikling

### 16.30-16.45 **Avslutning / Prisutdeling**





## 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 styrevalg, 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, men ikke stemmerett.



### Nils-Halvdan Morken.

Leder NGF. Overlege Haukeland Universitetssjukehus og Professor Universitetet i Bergen. Interessert i obstetikk, reproduktiv epidemiologi, ølbrygging og sykling. Stolt far til drillgardist i HMKG.



### Stine Andreassen.

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



### 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/ Kvinneklinikken AHUS. PhD i reproduksjonsmedisin/endometriose



### Anders Einum

Sekretær NGF, styremedlem FUGO. LiS Kvinneklinikken St Olavs hospital, for tiden i utlendighet på kirurgen

## Nytt fra styret

Styret hadde møte før NFOG kongressen i Odense 10. juni og på Legenes hus i Oslo 30. august. I Odense hadde vi besøk av Anette Tønnes Pedersen fra Danmark som har sittet i FIGOs executive board de siste tre årene. Hun orienterte om hva som skjer frem mot nye valg på FIGOs generalforsamling i Rio i oktober. I Oslo besøkte Fagavdelingen i Legeforeningen oss og ønsket å høre hvilke saker vi jobbet med. De står til disposisjon for styret med hjelp og råd. I tillegg gav representanter fra LOK i Oslo en orientering om status får årets årsmøte. Det blir like bra og kanskje bedre enn tidligere årsmøter.

Dette er de sentrale sakene som har vært behandlet:

### Planlegging av program til Årsmøtet 2018

I siste styremøte ble innkomne abstract gjennomgått og fordelt til muntlig og posterpresentasjoner. Når dette leses har innsenderne fått beskjed.

### Nordisk lærebok i gynekologi/obstetikk

Ble et hett tema under møtet i Odense. Saken er utdypet og forklart tidligere.

### Oppdatering av veileder i obstetikk 2019

Vi har i begge styremøter planlagt og vil arbeide videre med å skaffe midler til dette arbeidet. Det er ryddet plass på årsmøtet for orientering fra redaktør Anne Flem Jakobsen.

### STAN-diskusjonen i gynekologen

Var også et brennhett tema i Odense. Vi har besvart henvendelse fra referansegruppen for fosterovervåkning.

### Legeforeningens kampanje «Choosing Wisely»

NGF har ikke klart å skaffe representanter, men vi har nå klart å få gode kollegers ja.

På vegne av styret i NGF, Nils-Halvdan Morken

Ovesterin  
østriol  
vaginalkrem/vagitorier

## Plagene det ikke snakkes om<sup>1</sup>

- Residiverende UVIer<sup>2</sup>
- Atrofisk vaginitt<sup>2</sup>
- Vulvitt og kolpitt<sup>2</sup>
- Dyspareuri<sup>2</sup>

Kvinner opplever det ofte vanskelig å ta opp disse plagene som oppstår i og etter overgangsalder.<sup>1</sup>

Ovesterin<sup>®</sup> inneholder østriol som er spesielt effektivt ved urogenitale symptomer. Slimhinner normaliseres og menopausale plager lettes.<sup>2</sup>

Ovesterin<sup>®</sup>  
vaginalkrem/vagitorier  
– ved urogenital atrofi  
som følge av  
østrogenmangel



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

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 familieranamnese tas opp, og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas før behandlingsstart.

Ovesterin «Aspen Pharma Trading Ltd»  
Østrogen

ATC-nr.: G03C A04

**Ovesterin (østriol) vaginalkrem 0,1 % og vagitorier 0,5 mg.** Innhold: Indikasjoner: Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel i tilknytning til menopausen eller ovarieektomi. Atrofisk vaginitt og vulvitt, kolpitt, kraurosis og pruritus vulvae, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Profylakse ved kronisk residiverende cystouretritt ved østrogenmangel. **Reseptfri bruk:** Behandling av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen. **Dosering:** Ved oppstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. Ved langtidsbehandling hos kvinner med intakt uterus anbefales samtidig bruk av et progestogen. **Urogenitale plager:** 1 applikatordose krem/1 vagitorie hver kveld i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikatordose krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke. **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 innholdsstoffene. Kjent tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. 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 familieranamnese tas opp, og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas før behandlingsstart. **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. Kjønsorganer/bryst: Ømhet/smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer, irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. **Pakninger:** Vaginalkrem 15 g (0,1 %) og vagitorier 15 stk. (0,5 mg), er unntatt fra reseptplikt. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 12.12.2017. **Referanser:** 1. Nappi R.E., Palacios S., Panay N. et al. *Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey.* Climacteric. 2016; Vol. 19, No. 2:188–197 2. Basert på SPC pkt. 4.1 sist oppdatert 12.12.2017



# Oversikt over NGF utvalg og komiteer høst 2018

## NFGO - Norsk forum for gynekologisk onkologi:

Kathrine Woie (leder)  
Ane Gerda Zahl Eriksson (nestleder)  
Martin Lindblad (kasserer)  
Ingvild Vistad (sekretær)  
Elisabeth Berge Nilssen (webansvarlig)

UNN: Martin Lindblad  
vara Anne-Beate Vereide  
St.Olav: Marit Sundset

vara Merethe Ravlo  
OUS: Ane Gerda Zahl Eriksson  
vara Torbjørn Paulsen  
OUS: Tone Skeie Jensen  
vara Anne Dørum  
HUS: Kathrine Woie  
vara Line Bjørge  
Andre: Ingvild Vistad  
vara Bent Fiane  
NGF representant: Stine Andreassen

## Kvalitetsutvalget

Anne Cecilie Hallquist (leder)  
Anne Flem Jacobsen  
Jørg Kessler  
Kathrine Woie  
Heidi Frostad Sivertsen

## Spesialitetskomiteen

Ingeborg Bø Engelsen (leder)  
Marte Myhre Reigstad (nestleder)  
Camilla Kleveland  
Christine Hancke  
Jette Stær-Jensen  
Renate Torstensen  
Yngvild Skaatun Hannestad  
Kristine Heien Hansen

## FUGO

Thea Falkenberg Mikkelsen:  
Leder, ENTOG, NFOG  
Marianne Omtvedt (fra mai 2017):  
Representant endoskopiutvalget  
Eirin Haugli Falch: Sekretær  
Anders Einum: Kursansvarlig  
Tiril Tingleff: Kasserer og representant i endoskopiutvalget  
Malin Dögl: NGF-representant  
Renee Waage: FUGOs representant til Gynekologen

## FIGO

Margit Steinholt

## EBCOG

Knut Hordnes  
Yngvild Skaatun Hannestad

## Nettredaksjonen

Tina Tellum

## Endoskopiutvalget

Klaus A. Oddenes (leder)  
Stine Andreassen  
Guri B Majak  
Anne Veddeng  
Jenny Alvirovic  
Marianne Omtvedt (FUGO)

## Referansegruppe for forsterovervåkning

Branka Yli (leder)  
Jørg Kessler  
Marit Martinussen

## NFGO

Espen Berner (treasurer)  
Nils Halvdan Morken (scientific committee)

## Gynekologen

Jenny Alvirovic (ansvarlig redaktør)  
Irina Eide  
Johanne Kolvik Iversen  
Ane Ø. Bergquist



Angusta®  
(misoprostol)

# Angusta® misoprostol

## godkjent for induksjon av fødsel

- Det eneste godkjente orale misoprostol preparatet for induksjon av fødsel
- Klar til bruk 25 mcg tablet



Azanta

Azanta AS | Tvetenveien 152 | Postboks 39 Tveita | 0617 Oslo | Tel: +47 21 555 990 | www.azanta.com

**Prostaglandin.** ATC-nr.: G02A D06 **TABLETTER 25 µg:** Hver tablett inneh.: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende 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. 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 helsetilstand ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arrev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. uterus bicornis) som forhindrer vaginal fødsel. Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie som forhindrer vaginal fødsel. Nyresvikt (GFR <15 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>). **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 korioamniotitt kan det være nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fosterhinnene >48 timer før administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødsler, Bishops score >6 eller bruk før uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes før uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger. **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 krampes. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentalløsning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av Angusta. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. **Basert på SPC godkjent av SLV: 28.02.2017. Reseptgruppe: C. Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1144,00 (Mai 2017).

# FRIE FOREDRAG

## Gynekkologi

### G1 Erstatningsaker i gynekologi – hva kan vi lære?

Ravlo, Merethe MD<sup>1,2</sup>, Moen, Mette H. MD, PhD<sup>1</sup>, Lieng, Marit MD, PhD<sup>3,4</sup>, Bukholm, Ida R. K. MD, PhD<sup>5,6</sup>, Vanky, Eszter MD, PhD<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>NTNU, Trondheim, <sup>2</sup>Kvinneklippen, St. Olavs hospital, Trondheim, <sup>3</sup>Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, <sup>4</sup>Universitetet i Oslo, <sup>5</sup>Norsk pasientskadeerstatning, <sup>6</sup>Kirurgisk avdeling, Akershus Universitetssykehus.

**Bakgrunn:** Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har siden opprettelsen i 1988 vurdert alle søknader om erstatning etter påstått feilbehandling. Vi ønsket å evaluere alle gynekologiske saker hvor klager hadde fått medhold.

**Metode:** En retrospektiv, deskriptiv studie av gynekologiske erstatningsaker over 14 år, basert på pasientjournaler fra NPE. I perioden 2001–2013 søkte 1454 kvinner erstatning etter gynekologisk behandling i Norge, 438 kvinner fikk medhold.

**Resultater:** Alle kvinner som hadde fått medhold i søknad om erstatning (30%) ble bedt om samtykke til at deres sak skulle inkluderes i studien. Elleve kvinner avslo og 16 saker ble ekskludert, 411 saker ble derfor inkludert. Vanligste årsak til klage var etter kirurgiske komplikasjoner (68%), etter forsinket (22%) eller feil (17%) diagnose og etter kommunikasjonssvikt (12%). De vanligste konsekvenser av skaden var behov for mer omfattende behandling (64%), permanent skade (55%) og/eller redusert fysisk funksjon (42%). Feilbehandlingen resulterte i død i 7% av sakene, mens 14% fikk forverret kreft-prognose. De fleste feilene skjedde under selve behandlingen (75%). Kliniske retningslinjer ble ikke fulgt i 41%. Svikt skjedde oftere på individnivå (62%) enn på systemnivå (14%).

**Konklusjon:** Vår studie viser at kirurgiske skader er den vanligste årsaken til erstatning etter gynekologisk behandling i Norge. Hovedårsaken til skader synes å være at retningslinjer ikke blir fulgt. Dette indikerer at økt fokus på kirurgiske ferdigheter og å følge nasjonale retningslinjer kan øke pasientsikkerheten ved gynekologisk behandling i Norge.

### G2 Utvikling og evaluering av et treningsprogram for leger i spesialisering som skal utføre laparoskopisk supracervikal hysterektomi.

Goderstad JM<sup>1</sup>, Sandvik L<sup>2</sup>, Fosse E<sup>3,5</sup>, Lieng M<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Kirurgisk avdeling, Sørlandet Sykehus, Arendal. <sup>2</sup>Oslo senter for biostatistikk og epidemiologi, Oslo universitetssykehus. <sup>3</sup>Intervensjonssenteret, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. <sup>4</sup>Kvinneklippen, Oslo universitetssykehus, Ullevål. <sup>5</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**Bakgrunn:** Det er akseptert at leger i spesialisering (LIS) bør drive ferdighetstrening før de opererer pasienter. Imidlertid er implementering av strukturert ferdighetstrening fortsatt en utfordring i en travel sykehushverdag. Vårt mål var å teste et treningsprogram.

**Metode:** Treningsprogrammet besto av en teoretisk del og en praktisk del med fem øvelser på en laparoskopisimulator. Leger i spesialisering med basale ferdigheter i laparoskopi ble inkludert. Vi gjennomførte en styrkeberegning og inkluderte 12 LIS. Et treningsmål for hver øvelse ble beregnet ut i fra erfarne gynekologers resultater på simulatoren. Når treningsmålet var nådd, gjennomførte deltagerne en laparoskopisk supracervikal hysterektomi (LSH). Operasjonen ble videofilmet og evaluert av to eksperter. Skåringsskjemaene Global Operative Assessment of Laparoscopic Skills (GOALS) og Competence Assessment Tool-LSH (CAT-LSH) ble brukt. For å evaluere resultatene benyttet vi en sammenlignbar gruppe LIS fra en tidligere studie.

**Resultater:** Gjennomsnittlig varighet på treningsperioden var 57 dager (SD 26). Gjennomsnittlig treningstid på simulatoren for de fem øvelser var 173min (SD 49). Gjennomsnittsskår på hysterektomien var 38.9 (SD 5,2) for CAT-LSH og 15.4 (SD 3,6) for GOALS. Resultatet for LIS uten strukturert trening var 34,6 (SD 4,2) for CAT-LSH og 11,5 (SD 2,6) for GOALS, p= 0.03 for GOALS og p:0.008 for CAT-LSH.

**Konklusjon:** LIS som gjennomførte et strukturert treningsprogram oppnådde en signifikant høyere ferdighetskår på sin første LSH sammenlignet med leger som ikke gjennomførte treningsprogrammet. Gjennomsnittlig treningstid var 173 minutter fordelt på 8 uker. Trening nytter også i kirurgi.

### G3 endringer i laparoskopiske hysterektomimetoder i Norge 2013–2017

Skroppa S., Bohlin T<sup>1</sup>, Dale PO, Holmsen SG<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Norsk Gynekologisk Endoskopiregister/Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold Tønsberg. Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold Tønsberg. <sup>2</sup>Norsk Gynekologisk Endoskopiregister(NGER)/Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold Tønsberg

**Bakgrunn.** Laparoskopisk subtotal hysterektomi (LSH) med morcellering har vært ansett som den tryggeste metoden for laparoskopisk hysterektomi i Norge mens total laparoskopisk hysterektomi (TLH) har blitt ansett som en mer avansert metode med lengre læringskurve og økt risiko for komplikasjoner. Laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi (LAVH) har ikke vært utbredt i Norge. Vi vil presentere fordelingen av operasjonsmetodene og eventuelle endringer i trendene i Norge etter at Food and Drug Association i 2014 frarådet bruken av elektrisk morcellator. Vi har også sette på komplikasjonsratene for de enkelte metodene.

**Metode.** Fra NGER databasen er det hentet opplysninger på pasienter operert med LSH, TLH og LAVH i perioden 01.01.2013–31.12.2017.

**Resultater.** 3914 pasienter fikk utført en laparoskopisk hysterektomi, hvor 800 (20,4%) pasienter gjennomgikk LSH, 3010 (76,9%) pasienter TLH og 104 (2,7%) pasienter LAVH. Fra 2013 til 2017 sank andelen LSH fra 49,4% til 15,5% og TLH steg fra 41,7% til 82,5% og LAVH sank fra 9,0% til 2,0%. Komplikasjonsraten for LSH er totalt på 14,4% (1,1% intraoperativt og 13,3% postoperativt) og for TLH 17,7% (1,3% intraoperativt og 16,4% postoperativt). Komplikasjonsraten for både LSH og TLH viser synkende tendens. Operasjonstiden for TLH viser også en fallende tendens.

**Konklusjon.** Tallene fra NGER tyder på at TLH har blitt den mest foretrukne hysterektomimetoden i Norge sammenliknet med LSH. Operasjonstiden samt komplikasjonsraten for TLH har sunket som følge av erfaring og høye operasjonstall. Det blir interessant å følge tallene videre i forhold til nye svingninger i morcelleringsdebatten.

### G4 Pasientene er fornøyde med opplevelsen (PREM) etter gynekologisk endoskopiske operasjoner.

Dale PO<sup>1</sup>, Råknes T<sup>1</sup>, Holmsen SG<sup>1</sup>

<sup>1</sup> NorskGynekologiskEndoskopiRegister (NGER)/Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

**Bakgrunn.** De nasjonale kvalitetsregistre har krav om å måle utfallet av pasientenes opplevelse med behandlingsstedet (PREM) og pasientens opplevelse av utfallet av behandlingen (PROM). Utfallet av disse målingene er imøtesett med stor interesse fra Helse og Omsorgsdepartementet, pasientforeningene og fagfolk. Vi ønsker her å presentere utfallet av registrerte PREM for 2017.

**Metode.** For 2017 var det innrapportert 7073 operasjoner med en dekningsgrad på 43,7% sammenlignet med Norsk Pasientregister. Fire uker etter gjennomført elektiv operasjon hadde 4744 pasienter besvart oppfølgingsskjemaet TSS2, 3110 hadde gjennomgått laparoscopi og 1678 hysteroscopi. TSS2 er et validert skjema med totalt 6 spørsmål hvert med 4 graderinger. Spørsmålene kategoriserer pasientens oppfatning av avdelingen, møtet med avdelingen, enighet om behandlingen, tillit til behandler, informasjon og tilpasning til pasientens behov. Hvert spørsmål presenteres som en sumskår (max 3,0), en prosentandel for alternativet «svært fornøyd» og en samlet sumskår for hele skjemaet.

**Resultater.** Samlet sumskår var 2,7 og andelen som hadde en «svært positiv oppfatning» av avdelingene var 60,1%. Pasienter til hysteroscopi var noe mer fornøyd enn pasienter til laparoscopi. Avdelinger med få innrapporterte data, er dem som har en samlet sumskår signifikant bedre eller dårligere enn gjennomsnittet.

Pasientenes tillit til behandler er svært høy med en sumskår på 2,7 og 77,5% «svært positive» svar. Igjen har pasienter til hysteroscopi høyere tillit (81,3%) enn pasienter til laparoscopi (75,4%).

**Konklusjon.** Pasientene er generelt svært fornøyde etter elektive endoskopiske operasjoner ved norske gynekologiske avdelinger. NGER data gir avdelingene muligheter til å kategorisere og finne undergrupper av pasienter som scorer dårlig ved PREM.

## G5 Svangerskap etter laparoskopisk kornual reseksjon for interstitielle graviditeter

Svenningsen, Rune<sup>1</sup>, Staff, Anne C<sup>1,2</sup>, Langebrekke, Anton<sup>1</sup>, Qvigstad, Erik<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Oslo; <sup>2</sup> Universitetet i Oslo

**Bakgrunn:** Laparoskopisk kornual reseksjon har vært den mest benyttede behandlingen for inters-titielle graviditeter ved Oslo universitetssykehus (OUS) de siste 10 år. Hvordan dette påvirker se-nerere graviditeter er lite kjent. Denne studien har evaluert andelen av senere vellykkede svanger-skap (> uke 24) samt sett på valg av forløsningsmetode og risiko for fremtidig uterusruptur.

**Metode:** Historisk kohortestudie med oppfølgingsdata fra Medisinsk Fødselsregister. Pasienter behandlet med laparoskopisk kornual reseksjon for interstitiell graviditet ved OUS, Ullevål fra 2005 - 2016 ble inkludert. Disse kvinnene ble matchet på alder og paritet med en referansegruppe av kvinner med lik oppfølgingsstid, men behandlet med laparoskopisk salpingektomi for ordinær tubar graviditet. Informasjon om senere graviditeter ble hentet fra Medisinsk Fødselsregister.

**Resultater:** 40 kvinner med interstitielle graviditeter ble behandlet i inklusjonsperioden hvorav 33 gjennomgikk kornual reseksjon. Etter eksklusjon av 7 kvinner med kjent infertilitet ble 26 kvinner matchet med 52 kontroller. Median oppfølgingstid var 76 og 71 måneder. Andelen av senere vel-lykkede svangerskap var lik i de to gruppene, 46 % og 54 % (p = 0.632). Keisersnitt ble oftere foretrukket i senere graviditeter der kvinnen hadde gjennomgått kornual reseksjon, 60 % vs 18 % (p = 0.006). Senere uterusruptur ble ikke sett hos noen av de 26 inkluderte kvinnene, men hos 2 av de 7 ekskluderte.

**Konklusjon:** Laparoskopisk kornual reseksjon for interstitiell graviditet ser ikke ut til å ha noen større negativ effekt på senere graviditeter enn ordinær salpingektomi for ikke-interstitiell tubar graviditet, men leder oftere til keisersnitt ved ny graviditet.

## G6 Fertilitet etter kryopreservering av ovarialvev ved kreftbehandling

Johansen, Marit S. Reproduksjonsmedisinsk avdeling Oslo Universitetssykehus. Nåværende adresse: Fødeavdelingen Ullevål, Oslo Universitetssykehus

Tanbo, Tom G. Reproduksjonsmedisinsk avdeling, Gynekologisk avdeling Kvinnekliviken, Oslo Universitetssykehus, Universitetet i Oslo,

Oldereid, Nan B. Reproduksjonsmedisinsk avdeling Oslo Universitetssykehus. Nåværende adresse: LIVIO IVF-Klinikken Oslo, Sørkedalsveien 10a, 0369 Oslo

**Bakgrunn:** Kryopreservering av ovarialvev som fertilitetsbevarende metode tilbys unge jenter og kvinner i reproduktiv alder med høy risiko for å utvikle prematur ovarialsvikt i forbindelse med medisinsk eller kirurgisk behandling. I denne studien ønsket vi å kartlegge fertilitet og prematur ovarialsvikt hos kvinner som har fått gjort kryopreservering av ovarialvev i forbindelse med kreftbehandling.

**Materiale og metode:** Et spørreskjema ble i 2014 sendt til 94 kvinner over 18 år som i perioden 2004 til 2012 hadde fått kryopreservert ovarialvev i forbindelse med behandling for en malign tilstand. Skjemaet inneholdt spørsmål om menstruasjonsfrekvens, prevensjonsbruk, fertilitet, fremtidig barneønske og sannsynlighet for at de ville benytte ovarialvevet senere. Av de 77 kvinnene som returnerte spørreskjemaet ble 74 kvinner inkludert i studien.

**Resultater:** Totalt 20 av 74 kvinner (27%) hadde prematur ovarialsvikt definert som opphør av ovarialfunksjonen før 40 års alder. Risikoen var lavest hos kvinner behandlet for brystkreft (5%) og høyest hos kvinner behandlet for leukemi (75%). Størst risiko for prematur ovarialsvikt var i pasientgruppene som hadde gjennomgått stamcelletransplantasjon, strålebehandling mot helkropp og/eller abdomen og bekken. Til sammen hadde 22 kvinner født 31 barn etter kreftbehandlingen hvorav to etter reimplantasjon av ovarialvev.

**Fortolkning/konklusjon:** Risiko for å utvikle prematur ovarialsvikt er avhengig av pasientens kreftdiagnose. Hvilke fertilitetsbevarende tiltak som anbefales bør differensieres avhengig av pasienten kreftdiagnose og planlagt behandling.

## G7 Symptomer og selvrapportert fysisk funksjon under cellegiftbehandling for eggstokkreft – En longitudinell studie

Vistad, Ingvild <sup>1</sup>; Småstuen, Milada C.<sup>2</sup>; Astrup, Guro<sup>3</sup>; Rustoen, Tone<sup>4</sup>; Liavaag, Astrid H.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Kvinnekliviken, Sørlandet sykehus Kristiansand. <sup>2</sup>Avdeling for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet. <sup>3</sup>Avdeling for onkologi, Universitetssykehuset i Oslo. <sup>4</sup>Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. <sup>5</sup>Gynekologisk avdeling, Sørlandet sykehus Arendal

**Bakgrunn:** Eggstokkreft diagnostiseres som regel i sent sykdomsstadium, og kvinner med eggstokkreft får ofte mange runder med cellegiftbehandling fordi tilbakefall er vanlig. Både sykdommen i seg selv og behandlingen kan gi plagsomme symptomer. Vi ønsket å se på hvilke symptomer som henger sammen og hvordan symptombelastningen endres over tid.

**Metode:** 82 kvinner fylte ut et spørreskjema gjentatte ganger i løpet av 6 måneder, mens de fikk cellegiftbehandling ved Oslo Universitetssykehus. Spørreskjemaet inneholdt blant annet symptom-spørsmål (Memorial Symptom Assessment Scale, MSAS), spørsmål om funksjonsstatus (KPS), og spørsmål om komorbiditet. Kliniske variabler ble innhentet fra journalen. Vi undersøkte sammenhenger med logistisk regresjonsanalyse for repeterte målinger.

**Resultater:** Bare 15% av pasientene ble behandlet i kurativ hensikt, mens resten fikk lindrende behandling. Seksti prosent rapporterte høy symptombelastning, særlig energimangel, søvnvansker og bekymringer. Totalt antall symptomer økte i løpet av behandlingen og sank til utgangspunktet ved 6 måneder. Dette gjaldt først og fremst de fysiske symptomene. 33/82 kvinner rapporterte lav KPS (<80) og 49 rapporterte høy KPS (80-100) før behandlingsstart. Kvinnene med lav KPS var mer stresset og hadde høyere symptombelastning gjennom hele studieperioden: energimangel (OR=8.33), søvnighet (OR=4.17), oppblåsthet (OR=2.44), tristhet (OR=3.33), smerter (OR=4.72) og bekymring (OR=2.50) enn kvinnene med høy KPS.

**Konklusjon:** Vi fant en høy symptombelastning i denne kohorten av eggstokkreft-pasienter som hovedsakelig fikk lindrende behandling. Lav selv-rapportert fysisk funksjon (KPS<80) var sterkt assosiert med mye symptomer. Dette bør diskuteres grundig med pasientene i forkant av cellegiftbehandlingen, og fordelen med behandlingen må veies opp mot de plagsomme symptomene behandlingen kan gi.

## G8 Plasma Growth differentiation factor-15 is an independent marker for aggressive disease in endometrial cancer

Engerud, H.<sup>1,2</sup>, Hope, K<sup>3</sup>, Berg, H. F.<sup>1,3</sup>, Fasmer, K. E.<sup>3,4</sup>, Tangen, I. L.<sup>1,2</sup>, Haldorsen, I.<sup>3,4</sup>, Trovik, J.<sup>1,2</sup> and Krakstad, C.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centre for Cancer Biomarkers CCBIO, Department of Clinical Science, University of Bergen, Bergen, Norway. <sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway. <sup>3</sup>Department of Radiology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway. <sup>4</sup>Section for Radiology, Department of Clinical Medicine, University of Bergen, Norway

**Objective:** Better biomarkers are needed in order to identify patients with endometrial carcinoma at risk of recurrence and who may profit from a more aggressive treatment regimen. Our objective was to explore the applicability of plasma growth differentiation factor 15 (GDF-15) as a marker for recurrent disease, as well as a marker for poor prognosis and lymph node metastases.

**Methods:** EDTA-blood samples were obtained from 235 patients with endometrial cancer before primary surgery. For 36 of these patients, matching blood samples were collected at time of recurrence. Blood samples were also collected from 78 patients with endometrial hyperplasia. Plasma GDF-15 was measured by an enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). Preoperative pelvic MRI scans for 141 patients were investigated in parallel for imaging variables.

**Results:** Preoperative level of plasma GDF-15 was significantly higher for patients who experienced recurrence (1780 ng/L; 95% CI; 518-9475 ng/L) than for patients who did not develop recurrent disease (1236 ng/L; 95% CI; 307-7030 ng/L) (p<0.001). Plasma levels of GDF-15 at recurrence (2818 ng/L, 95% CI 2088-3548 ng/L) were significantly higher than plasma levels of GDF-15 measured at time of primary diagnosis (1857 ng/L, 95% CI; 1317-2398 ng/L) (p=0.001). High plasma level GDF-15 independently predicts recurrent disease (OR=3.14; 95% CI 2.10-4.76) and lymph node metastases (OR=2.64; 95% CI 1.52-4.61). Patients with high plasma level of GDF-15 had significantly larger tumor volume (p=0.008).

**Conclusion:** Elevated plasma level of GDF-15 is associated with aggressive disease and lymph node metastasis in endometrial carcinoma. GDF-15 may be helpful in indicating recurrent disease.

## G9 HPV-test in triage of ASC-US / LSIL – The CIN3+ risk in 5-type HPV E6/E7 mRNA negative women

Marthe Slettebak<sup>1</sup>, Sveinung Wergeland Sorbye<sup>2</sup>, Finn Egil Skjeldestad<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Community Medicine, UiT The Arctic University of Norway; <sup>2</sup>Department of Pathology, University Hospital of North Norway; Tromsø

**Background:** To compare the risk of CIN3+ among women who had a normal cytology (non-exposed cohort) at study start with women who had a negative 5-type HPV mRNA test in triage of ASC-US/LSIL (exposed cohort). A 3-year CIN3+ risk below 2.0% is considered acceptable to recommend return to routine screening.

**Methods:** After exclusion of women who had a previous history of CIN1+ and HSIL, we identified 1063 women who had an HPV mRNA negative triage of ASC-US/LSIL over the years 2006 through 2011, and a control cohort of 25 948 women who had a normal cytology during 2006/2007. All women, aged 25–69 at study start, were followed through December 31, 2014. The HPV test tar-geted E6/E7 mRNA from the types HPV16, 18, 31, 33 and 45 (PreTect HPV-Proofer).

**Results:** The crude cumulative proportion of CIN3+ were 0.24% (95% CI: 0.17–0.31) and 0.73% (0.60–0.86) at 42 and 78 months of follow-up for the non-exposed cohort, and 1.45% (0.55–2.4) and 2.6% (0.94–4.3) for ASC-US/LSIL. The exposed cohort had significant more extensive follow-up than the control cohort. Over the entire study period 20 cervical cancers were diagnosed in the non-exposed cohort (incidence 8.4 per 100 000 woman-years) compared to none in the exposed cohort.

**Conclusions:** Women who have a negative mRNA-test for HPV16, 18, 31, 33 and 45 at triage for ASC-US/LSIL have low risk for CIN3 within the first two screening intervals after triage, and may re-turn to screening at 3-year interval.

## G10 Medikamentell abort hos avtalespesialist

Devold Pay, Aase S<sup>1</sup>, Aabo, Runa S<sup>2</sup>, Økland, Inger<sup>1,3</sup>, Janbu, Torunn<sup>1</sup>, Iversen, Ole-Erik<sup>4,5</sup>, Løkeland, Mette<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Avdeling sykehustjenester, Helseidrettsdirektoratet, <sup>2</sup>Sandvika Spesialistsenter, <sup>3</sup>Kvinne- og barneklivnikken, Stavanger universitetssjukehus, <sup>4</sup>Klinisk institutt, Universitetet i Bergen,

<sup>5</sup>Kvinneklivnikken Haukeland sykehus, <sup>6</sup>Prosjektgruppe for abort hos avtalespesialister, Helseidrettsdirektoratet

**Bakgrunn:** I Norge utføres abort kun i offentlige sykehus. I 2010 besluttet Helse- og omsorgsdepartementet å iverksette et toårig prøveprosjekt som ga avtalespesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer adgang til å tilby medikamentell abort før utgangen av 9. svangerskapsuke. Prøveprosjektet ble igangsatt 1.3.2015 og varte til 31.3.2017. I denne artikkelen presenterer vi de første erfaringene, herunder hvordan behandlingstilbudet ble mottatt av kvinnene.

**Materiale og metode:** Gravide med en svangerskapsvarighet < 63 dager ultrasonografisk vurdert, som oppsøkte avtalespesialist for medikamentell abort, ble fortløpende inkludert i prosjektet (n = 476). Kvinnene inntok 200 mg mifepriston peroralt på legekantoret, 36–48 timer senere satte de selv 800 µg misoprostol vaginalt hjemme. Informasjon ble innhentet ved spørreskjema på den første konsultasjonen, under aborten og ved etterkontrollen 2–4 uker etter aborten.

**Resultater:** Under aborten rapporterte 66 % (296/450) moderat eller sterk smerte og 79 % (358/451) moderat eller sterk blødning. De fleste opplevde det som trygt å være hjemme. 96 % (390/406) ville valgt medikamentell abort hos avtalespesialist ved en eventuell senere abort, og 97 % (392/405) ville anbefalt behandlingstilbudet til andre i samme situasjon.

**Fortolkning:** Kvinnene i studien opplevde abortbehandling hos avtalespesialist som trygt. Tilbudet gir større valgfrihet til gravide som ønsker abort, og pasientene er tilfredse.

## G11 Utvikling av en multivariat prediksjonsmodell for diagnostikk av adenomyose

Tellum T<sup>1,2</sup>, Nygård, S<sup>3</sup>, Skovholt, EK<sup>1</sup>, Qvigstad E<sup>1,2</sup>, Lieng M<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Gynekologisk Avdeling, Oslo Universitetssykehus, Ullevål. <sup>2</sup>Institutt for Klinisk Medisin, Universitetet i Oslo. <sup>3</sup>Institutt for Bioinformatikk, Universitetet i Oslo. <sup>4</sup>Avdeling for Patologi, Oslo Universitetssykehus

**Mål:** Å utvikle en multivariat prediksjonsmodell for diagnostikk av adenomyose ved bruk av transvaginal ultralyd (TVUL) og klinisk undersøkelse.

**Metode:** Prospektiv observasjonell studie, utført ved Oslo Universitetssykehus. Etthundre premenopausale kvinner i alderen 30–50 år, som var planlagt operert med hysterektomi ble konsekutivt inkludert. Behov for morcellering, hormonbruk og mistanke om malignitet var eksklusjonskriterier. Standardisert 2D og 3D TVUL og en klinisk undersøkelse ble gjennomført før operasjonen og funnene dokumentert. Histopatologi bekreftet om ade-nomyose var til stede. Den diagnostiske kvaliteten [sensitivitet, spesifisitet, areal under kurven (AUC)] til både prediksjonsmodellen og alle enkelt-prediktorene, samt deres vekt for modellen ( $\beta$ ), ble beregnet.

**Resultater:** Den ferdige modellen viste en god testkvalitet [AUC=0.86 (95% CI; 0.79–0.94), optimal cut-off = 0.56, som resulterte i en sensitivitet på 85% og spesifisitet på 78%]. Følgende ni parametre ble inkludert som diagnostiske prediktorer i modellen [(sensitivitet, spesifitet,  $\beta$ ) eller (AUC,  $\beta$ ): myometriale cyster (51%, 86%,  $\beta$ =0.86), radiær ekkoskygge (36%, 92%,  $\beta$ =0.54), hyperekkoiske foci i myometriet (51%, 78%,  $\beta$ =0.62), globulær uterus (61%, 83%,  $\beta$ =0.2), normal uterin form (83%, 61%,  $\beta$ =–0.75), tykkes-te/tynneste uterin vegg (0.61,  $\beta$ =0.26), maksimum bredde av overgangssonen i sagittalt plan (0.71,  $\beta$ =0.1), regulær morfologi av overgangssonen (31%, 92%,  $\beta$ =–1.0) og grad av dysmenore målt på en verbal numerisk skala (0.61,  $\beta$ =0.08).

**Konklusjon:** Vi utviklet en diagnostisk multivariat prediksjonsmodell for adenomyose, som vekter de inkluderte diagnostiske tegn avhengig av sin diagnostisk kvalitet. Ade-nomyose har et svært heterogent utseende og modellen kan bistå klinikere med å tolke funn fra ultralydundersøkelser. Modellen er foreløpig ikke validert.

## G12 Serum prealbumin som ernæringsmarkør i tidlig svangerskap; etablering av referanseområde

Børresen NAA<sup>1</sup>, Lillemoen PK<sup>2</sup>, Olsen SS<sup>1,3</sup>, Bjørke-Monsen AL<sup>1,2</sup>, Trovik J<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Klinisk institutt <sup>2</sup>Universitetet i Bergen, Bergen, <sup>3</sup>Avdeling for medisinsk biokjemi og farmakologi, Haukeland universitetssjukehus, Bergen, <sup>4</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

**Bakgrunn.** Alvorlig svangerskapskvalme/hyperemesis gravidarum (HG) affiserer 1% av svangerskap, og kan svekke matinntaket og være skadelig for kvinnen og fosteret. Serum prealbumin er en ernæringsmarkør, spesielt for proteininntak siste 48t. Vi ønsket å fastsette referanseområde for s-prealbumin i første trimester, og sammenligne med gravide med HG.

**Metode.** Friske gravide (n=120) henvist til Kvinneklivnikken ved Haukeland universitetssjukehus mellom april 2016 og juli 2018 ble sammenlignet med gravide innlagt med HG (n=54) i samme periode. S-prealbumin, målt ved immunonefelometri, ble korrelert til svangerskapslengde, vektendring og SUKK-skår (svangerskapsutløst kvalme-kvantifisering).

**Resultater.** Referanseområde (95%) for s-prealbumin i første trimester var 0,17–0,32 g/L og lavere enn hos voksne ikke-gravide (0,19–0,38 g/L). Gjennomsnittlig s-prealbumin var 0,24 (SD 0,04) g/L hos friske gravide og 0,20 (SD 0,03) g/L hos HG-pasienter. Åtte HG-pasienter (15%) hadde s-prealbumin under nedre referansegrense.

S-prealbumin var negativt korrelert til både SUKK-skår ( $r=0.36$ ,  $p<0.001$ ) og vekttap ved inklusjon ( $r=0.36$ ,  $p<0.001$ ). Friske gravide hadde lavere SUKK-skår (median 4, IQR 3–8) enn gravide med HG (median 13, IQR 11–14),  $p<0.001$ . Friske gravide hadde ingen vektendring (variasjonsbredde –3–8 kg), mens HG-pasienter hadde median vektta 4 (0–13) kg. SUKK-skår og vektta 4 var sterkt positivt korrelert ( $r=0.55$ ,  $p<0.001$ ).

S-prealbumin minket med 0,02 (95% KI 0.01–0.02) g/L for hver økning i kvalmegrad fra mild (SUCC-skår 3–6), moderat (7–12) til alvorlig ( $\geq 13$ ), korrigert for svangerskapsuke.

**Konklusjon.** Serum prealbumin i første trimester er lavere enn hos ikke-gravide og er omvendt korrelert til kvalmegrad og vektta 4. Å sikre adekvat ernæring bør være et av behandlingsmålene ved hyperemesis gravidarum.

## G13 Har kvinner økt risiko for hjerte- og karsykdom etter premenopausal risiko-reduserende salpingo-ooforektomi?

Johansen Nora<sup>1,2</sup>, Tonstad Serena<sup>2</sup>, Liavaag Astrid H<sup>1</sup>, Selmer Randi M<sup>3</sup>, Tanbo Tom G<sup>4</sup>, Michelsen Trond M<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Gyn/Obst. avd. Sorlandet sykehus Arendal. <sup>2</sup>Avdeling for forebyggende kardiologi, Oslo universitetssykehus. <sup>3</sup>Folkehelseinstituttet. <sup>4</sup>Gynekologisk avdeling Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus. <sup>5</sup>Fødeavdelingen Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus. #Nåværende arbeidssted: Fødeavdelingen Ullevål, Oslo universitetssykehus

**Bakgrunn:** Kvinner med BRCA-mutasjon anbefales risiko-reduserende salpingo-ooforektomi (RRSO) ved 40 års alder for å forebygge eggstokkreft. Prematurt tap av kjønns hormoner er forbundet med økt risiko for hjerte- og karsykdom hvis ikke hormontapet blir erstattet. Vi undersøkte om kvinner etter premenopausal RRSO hadde høyere kardiovaskulær risiko enn premenopausale kontrollkvinner.

**Metode:** Retrospektiv kohort studie. Vi inkluderte 134 RRSO-kvinner og 268 aldersmatchede kontroller fra den generelle befolkning, alle ≤ 52 år. 10-års risiko for hjerte- og karsykdom (HKS) eller HKS-relatert død ble regnet ut ved hjelp av den norske risikofunksjonen (NORRISK 2) som ble revidert i 2017. Utregningen baserer seg på alder, røyking, blodtrykk, serum-kolesterol, antihypertensiv behandling og HKS i slekt. Vi sammenlignet også kardiometabolske faktorer (serum-triglyserid, CRP, kroppsmasseindeks [KMI] og livvidde) som ikke er inkludert i NORRISK 2.

**Resultater:** Den totale 10-års risikoen for HKS var lik i RRSO-gruppa og kontrollgruppa (1.15% [standardavvik 1.00] vs 1.25 [1.09], P = 0.4). Kvinnene etter RRSO hadde lavere KMI (24.7 kg/m<sup>2</sup> [4.0] vs 26.2 [4.8], P = 0.003) og mindre livvidde (86 cm [13] vs 89 [13], P = 0.006) enn kontrollene. Innad i RRSO-gruppa fant vi at den totale HKS-risikoen var lik blant hormonbrukerne og de som ikke brukte hormoner, men hormonbrukerne hadde lavere nivå av total kolesterol og mindre livvidde enn de som ikke brukte hormoner.

**Konklusjon:** Kvinnene i RRSO-gruppa og de premenopausale kontrollkvinnene hadde lik 10-års risiko for HKS. Heller ikke de kardiometabolske faktorer var økt i RRSO-gruppa. Dette er betryggende resultater for kvinner med BRCA-mutasjon og for klinikerne som behandler dem.

## G14 Risk factors for anatomic pelvic organ prolapse six weeks after childbirth

Reimers, Cathrine<sup>1,2</sup>, Stær-Jensen, Jette<sup>1</sup>, Siafarikas, Franziska<sup>1</sup>, Småstuen, Milada C<sup>3</sup>, Bo, Kari<sup>4</sup>, Ellström Engh, Marie<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology, Lørenskog, Norway. <sup>2</sup>Oslo University Hospital, Division of Gynaecology and Obstetrics, Oslo, Norway. <sup>3</sup>Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Health Sciences, Oslo, Norway. <sup>4</sup>Norwegian School of Sport Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo, Norway. <sup>5</sup>University of Oslo, Faculty division Akershus University Hospital, Oslo, Norway

**Background:** Even though childbearing is strongly associated to anatomic pelvic organ prolapse (aPOP), the causal mechanisms are not well understood.

The aim of this study was to identify risk factors for aPOP by comparing women with and without POP at six weeks postpartum with respect to pelvic floor measurements antepartum and obstetrical characteristics.

**Methods:** This was a prospective observational cohort study including 284 nulliparous pregnant women at Akershus University Hospital in Norway. Participants underwent clinical examinations including pelvic organ prolapse quantification system (POP-Q) and transperineal ultrasound at gestational week 21 and at six weeks postpartum. Background and obstetrical information was obtained from an electronic questionnaire and from the patient's electronic medical file, respectively. Associations were estimated using logistic regression analyses. The dependent variable was aPOP defined as POP-Q stage ≥ 2 at six weeks postpartum. Independent variables were mid pregnancy measurements of selected POP-Q variables and levator hiatus area (LHarea), delivery route, and the presence of major levator ani muscle (LAM) injuries at six weeks postpartum.

**Results:** A larger LHarea, a more distensible LAM, a longer distance from the meatus urethra to anus (Gh+Pb) and a more caudal position of the anterior vaginal wall (Ba) at mid pregnancy were risk factors for aPOP at six weeks postpartum, while delivery route and presence of major LAM injuries were not.

**Conclusion:** Prelabour differences in the pelvic floor rather than obstetrical events were risk factors for aPOP at six weeks postpartum. This supports genetic predisposition to be an important etiologic factor for POP.

## G15 Levator ani muskelskade og risiko for urin og avføringsinkontinens 15-24 år etter fødsel

Mathew, S<sup>1</sup>, Nyhus, MØ<sup>1,2</sup>, Salvesen, KÅ<sup>1,2</sup>, Volloyhaug, I<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, St.Olavs hospital, Trondheim Universitetssykehus. <sup>2</sup>Institutt for Klinisk og Molekylær Medisin, NTNU

**Bakgrunn:** Tidligere studier har vist at levatormuskelskade, som oppstår under fødsel, er risikofaktor for utvikling av behandlings-trengende urogenitaldescens. Det er omdiskutert om levatorskade også gir økt risiko for urin- og avføringskontinens. Målet var å undersøke assosiasjoner mellom le-vatorskade og symptomer på urin- og avføringsinkontinens etter fødsel hos kvinner i en normalbefolkning.

**Metode:** Tverrsnittstudie av 608 kvinner som fødte sitt første barn mellom 1990-97 ved St. Olavs Hos-pital. I 2013 besvarte de Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI), og vi brukte delskårene Uri-nary Distress Inventory (UDI) og Colorectal Anal Distress Inventory (CRADI) for å kartlegge symptomer (minsteskår= 0, maksimalskår=100). Kvinnene ble undersøkt med transperineal ultralyd. Levatorskade ble diagnostisert ved offline-analyse, blindet for svar på spørreskjema. Vi sammenliknet UDI- og CRADI-skår mellom kvinner med intakt og skadet levatormuskel (Mann-Whitney U test). Deretter sammenliknet vi prevalens av UDI >0 eller CRADI >0 for kvinner med intakt og skadet levatormuskel med multipl logistisk regresjonsanalyse, justert for mulige confoundere (alder, BMI, paritet, fødselsvekt).

**Resultater:** 492 kvinner (81%) hadde intakt levator og 113 (19%) hadde levatorskade. Det var ingen signi-fikant forskjell mellom kvinner med intakt og skadet levator i median (range) UDI-skår [8.33 (0-75) og 4.17 (0-62.5), p= 0.35] og CRADI-skår [6.25 (0-78.13) og 6.25 (0-62.5), p=0.90]. Prevalens av lekkasje var lik for kvinner med intakt og skadet levator; UDI >0 var 52% og 49%, p= 0.67 og CRADI >0 var 11% og 12%, p=0.92.

**Konklusjon:** Vi fant ingen assosiasjoner mellom levatorskade og symptomer på urin- eller avføringsinkontinens 15-24 år etter fødsel hos kvinner fra en normalpopulasjon.

Advances in Cervical Cancer Prevention

### PreTect® HPV mRNA

A Risk-Based Approach

HPV infections are common

BUT >90% of all HPV infections are harmless

The challenge is to find the ones that are not...

**Clinical benefits of using PreTect HPV mRNA**

- Risk stratification and direct genotyping
- E6/E7 mRNA expression from HPV 16, 18, 31, 33 and 45
- Identifies cervical precursors most likely to progress to invasive cancers
- Accurate patient management; Triage/Co-test cytology young women
- Enhances identification of cervical adenocarcinoma
- Minimize unnecessary referral and over-treatment

PRETECT





# FRIE FOREDRAG

## Obstetrikk

### 01 Tilsynsmyndighetenes vurdering av alvorlige hendelser i fødselsomsorgen

Johansen, Lars T.<sup>1</sup>, Braut, Geir S.<sup>2</sup>, Andresen, Jan F.<sup>1</sup>, Øian, Pål<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Norwegian Board of Health Supervision, Oslo, Norway. <sup>2</sup> Stavanger University Hospital and Western Norway University of Applied Sciences, Stavanger, Norway. <sup>3</sup> The University Hospital of North Norway, Department of Obstetrics and Gynecology Institute of Clinical Medicine, Faculty of Health Sciences, The Arctic University of Norway, Tromsø, Norway

**Introduction:** We aimed to determine how serious adverse events in obstetrics were assessed by supervision authorities.

**Material and methods:** We selected cases investigated by supervision authorities during 2009–2013. We analyzed information about who reported the event, the outcomes of the mother and infant, and whether events resulted from errors at the individual or system level. We also assessed whether the injuries could have been avoided.

**Results:** During the study period, there were 303 034 births in Norway, and supervision authorities investigated 338 adverse events in obstetric care. Of these, we studied 207 cases that involved a serious outcome for mother or infant. Five mothers (2.4%) and 88 infants (42.5%) died. Of the 207 events reported to the supervision authorities, patients or relatives reported 65.2%, hospitals reported 39.1%, and others reported 4.3%. In 8.7% of cases, events were reported by more than one source. The supervision authority assessments showed that 48.3% of the reported cases involved serious errors in the provision of health care, and a system error was the most common cause. We found that supervision authorities investigated significantly more events in small and medium-sized maternity units than in large units. Eighteen health personnel received reactions; 15 were given a warning, and three had their authority limited. We determined that 45.9% of the events were avoidable.

**Conclusion:** The supervision authorities investigated one in 1000 births, mainly in response to complaints issued from patients or relatives. System errors were the most common cause of deficiencies in maternity care.

### 02 Barn som døde under fødsel eller i nyfødtp perioden i seteleie til termin: preliminaire resultater fra en kasus-kontrollstudie.

Bjellmo S<sup>1,2</sup>, Hjelle S<sup>1</sup>, Vik T<sup>2,3</sup>,

<sup>1</sup> Kvinneklivnikken, Helse Møre og Romsdal, Ålesund sjukehus, Ålesund. <sup>2</sup>Institutt for klinisk og molekylær medisin, Trondheim. <sup>3</sup>Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim.

**Bakgrunn:** I en tidligere studie med data fra Medisinsk fødselsregister (MFR) og Cerebral pareseregisteret i Norge fant vi noe høyere dødelighet blant barn født til termin i seteleie sammenlignet med hodeleie. Vi ønsker i en kasus-kontroll studie å se nærmere på fødselsforløpet for de barna som døde i seteleie.

**Metode:** Enkeltfødte, uten medfødte misdannelser, født til termin i seteleie i perioden 1999–2015 er inkludert i kasus-kontrollstudien. Kasusbarna døde under fødselen eller i nyfødtp perioden. Hvert kasusbarn har to kontrollbarn, født i seteleie, samme år ved samme «fødeinstitusjon». Studien ble godkjent av REK-Midt. Barna ble identifisert gjennom MFR, og mødrene ble informert skriftlig med mulighet for reservasjon. Fødejournalene blir nå gjennomgått og vi presenterer her preliminaire funn fra kasusgruppen.

**Resultat:** 31 kasus og 62 kontroller tilfredstilte inklusjonskriteriene. Mødrene til to kasusbarn og et kontrollbarn reserverte seg. Av de resterende 29 kasusbarna har vi per august 2018 gjennomgått fødejournalene for 20 barn. Seks av disse var feilkodet (tre letale misdannelser, to hodeleier, en tvilling), to var hjemmefødsler. En foreløpig kategorisering av de resterende 12 dødsfallene tyder på at tre var urelatert til fødselen, seks kunne med stor sannsynlighet vært unngått ved planlagt keisersnitt, mens tre tilfeller hadde uklar relasjon til fødselsforløpet.

**Konklusjon:** De preliminaire resultatene viser overraskende høy andel feilklassifiserte barn. Dette viser at validering av registerdata brukt i forskning er viktig. Våre preliminaire vurderinger tyder på at seks av de 12 dødsfallene i sykehus trolig kunne vært unngått om alle kvinner med et barn i seteleie hadde blitt forløst med planlagt keisersnitt.

### 03 Strukturert klinisk undersøkelse i fødsel har høy nøyaktighet og kan læres

Iversen, Johanne K.<sup>1,2</sup> Jacobsen, Anne F.<sup>1,2</sup> Mikkelsen, Thea F.<sup>1</sup> Eggebo, Torbjørn M.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus Ullevål. <sup>2</sup>Institutt for Klinisk Medisin, Universitetet i Oslo. <sup>3</sup>Nasjonalt senter for fostermedisin, St.Olavs Hospital. <sup>4</sup>Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Bakgrunn:** Klinisk undersøkelse av fosterhodets posisjon og stasjon har i flere studier vist lav korrelasjon med ultralyd. Vi ville undersøke korrelasjon med ultralyd når en erfaren kliniker palperte etter en strukturert metode, samt om en LIS-lege kunne lære den strukturere undersøkelsen ved hjelp av simuleringstrening.

**Metode:** Vi utførte en prospektiv studie av diagnostisk nøyaktighet ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål i 2016. 100 kvinner i fødsel med cervixdilatasjon  $\geq 7$  cm deltok. Vi undersøkte korrelasjonen mellom ultralyd og strukturert klinisk undersøkelse utført av en erfaren kliniker. En LIS-lege med 3 års erfaring gjennomgikk et 1,5 timers treningsprogram, og korrelasjonen mellom LIS-legens kliniske undersøkelse og ultralyd ble undersøkt før og etter treningen.

**Resultater:** Samsvar mellom erfaren kliniker og ultralyd var god for klassifisering av fosterhodets posisjon (Cohen's kappa 0.72; 95% CI 0.61-0.84) og svært god for stasjon (Pearson korrelasjonskoeffisient  $r=0.86$  (95% CI 0.80 to 0.91)). Samsvaret mellom LIS-legens kliniske undersøkelse og ultralyd for klassifisering av posisjon bedret seg etter trening; Cohen's kappa 0.02 (95% CI 0 to 0.26) før vs. 0.30 (95% CI 0.09 to 0.51) etter trening. Før trening diagnostiserte LIS-legen occiput posterior i samsvar med ultralyd i 2/19 (11%) av tilfellene vs. 11/21 (52%) av tilfellene etter trening ( $p<0.01$ ). Korrelasjonen bedret seg også for klassifisering av fosterhodets stasjon;  $r=0.59$  (95% CI 0.36 to 0.75) vs.  $r=0.76$  (95% CI 0.60 to 0.86).

**Konklusjon:** Vi fant svært god korrelasjon mellom strukturert klinisk undersøkelse og ultralyd. Selv begrenset trening bedret LIS-legens nøyaktighet betydelig.

### 04 Placentære proteiner utskilt til maternell og føtal sirkulasjon i normal graviditet basert på 4-kar-prøvetaking og SOMA proteomikk-analyse

Michelsen, Trond M.<sup>1,2</sup> Henriksen, Tore<sup>2,3</sup> Reinhold, Dominik<sup>4</sup> Powell, Theresa L.<sup>5,6</sup> Jansson, Thomas<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Division of Reproductive Sciences, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora CO, USA. <sup>2</sup>Fødeavdelingen Rikshospitalet, Kvinneklivnikken, Oslo universitetssykehus, Oslo, Norge. <sup>3</sup>Universitetet i Oslo, Oslo, Norge. <sup>4</sup>Department of Biostatistics and Informatics, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Colorado School of Public Health, Aurora CO, USA. <sup>5</sup>Division of Neonatology, Department of Pediatrics, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora CO, USA. <sup>6</sup>Division of Reproductive Sciences, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Colorado Anschutz Medical Campus, 12700 E 19th Ave, Aurora CO 80045, USA

**Bakgrunn:** Placenta produserer en rekke proteiner som er avgjørende for svangerskapets normale fysiologi, og for utvikling av svangerskapskomplikasjoner. Placentære proteiner er derfor svært aktuelle som markører for placentas funksjon. At proteiner secernerer til maternell sirkulasjon er kjent, men et fåtall er identifisert. Proteiner frigjort til den føtale sirkulasjon er lite undersøkt. Vår målsetting var, ved hjelp av høysensitiv proteomikk, å påvise proteiner som utskilles fra placenta til mors og fosterets sirkulasjon i normale humane svangerskap, samt bestemme longitudinelle endringer gjennom svangerskapet.

**Metode:** Blodprøver fra a. radialis og v. uterina og v. og a. umbilicalis ble tatt ved planlagt keisersnitt hos 35 friske kvinner. Slow Off-rate Modified Aptamer (SOMA) proteinbindende teknologi ble brukt til å kvantifisere 1310 kjente proteiner. Uteroplacentære og umbilikale venoarterielle konsentrasjonsforskjeller ble beregnet.

**Resultater:** Trettifire proteiner ble signifikant secernert fra placenta til den maternelle sirkulasjonen, inkludert Placental growth factor, Growth/differentiation factor 15 og Matrix metalloproteinase 12. Vi fant 341 proteiner signifikant utskilt til den føtale sirkulasjonen, mens 7 proteiner ble secernert fra placenta til begge sirkulasjoner. I en longitudinell studie fant vi at av de 34 proteinene som ble utskilt til den maternelle sirkulasjonen, endret åtte seg signifikant gjennom svangerskapet.

**Konklusjon:** De identifiserte placenta-spesifikke proteinprofilene gir oss muligheten til å identifisere nye minimalt invasive biomarkører for human placentafunksjon gjennom svangerskapet. Vi fant en klar direksjonalitet i placentær proteifrigjøring. Kombinasjonen av 4-kars metoden og proteomikk vil identifisere placenta-proteiner som ikke tidligere er beskrevet frigjort til maternell og føtal sirkulasjon, og dette vil gi ny, verdifull innsikt i svangerskapsfysiologi.

## 05 Maternelt adiponektin er inverst korrelert med GLUT1 i syncytiotrofoblastens basalmembran

Kristiansen, Oddrun<sup>1,2</sup> Reine, Trine M.<sup>3</sup> Ruegg, Corina S.<sup>4</sup> Powell, Theresa P.<sup>5</sup> Jansson, Thomas<sup>6</sup> Haugen, Guttorm<sup>2,7</sup> Henriksen, Tore<sup>1,2</sup> Michelsen, Trond M.<sup>1,8</sup>

<sup>1</sup>Avdeling for obstetrik, Oslo universitetssykehus <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo <sup>3</sup>Avdeling for ernæringsvitenskap, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo <sup>4</sup>Avdeling for biostatistikk, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo <sup>5</sup>Division of Neonatology, Department of Pediatrics, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, USA, <sup>6</sup>Division of Reproductive Sciences, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, USA, <sup>7</sup>Avdeling for fostermedisin, Oslo Universitetssykehus <sup>8</sup>Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus, Oslo.

**Bakgrunn:** Maternelt adiponektin (ADN<sub>Mat</sub>) har blitt assosiert med fostervekst via påvirkning av næringsstofftransporten over placenta. Vi ville undersøke assosiasjonen mellom ADN<sub>Mat</sub> og maternell kroppsmasseindeks (KMI), fødselsvekt, placenter intracellulær signalering, maternelle og føtale glukose- og insulinkonsentrasjoner, og placentært (PGF) og føtalt glukoseforbruk (FGF).

**Metode:** Vi gjennomførte en tverrsnittsstudie av friske kvinner (n=165) med ukompliserte svangerskap. Fastende blodprøver ble tatt fra a. radialis, v. uterina, v. umbilicalis og a. umbilicalis (4-karsteknikk) under elektivt keisersnitt. PGF og FGF ble beregnet etter Ficks prinsipp vha. blodglukosemålinger og Doppler volum-blodstrømsmålinger (ml/min). Konsentrasjoner av ADN<sub>Mat</sub> og maternell og føtal glukose og insulin ble målt. I en subgruppe (n=33) målte vi også glukosetransportør 1 i syncytiotrofoblastens mikrovillimembran (GLUT<sub>1MVM</sub>) og basalmembran (GLUT<sub>1BM</sub>), samt fosforylerte signalmolekyler sentrale for regulering av næringsstofftransportører i placentavev, inkludert PPAR $\alpha$ , AMPK, AKT og 4EBP.

**Resultater:** Vi fant en signifikant invers korrelasjon mellom ADN<sub>Mat</sub> og KMI (Spearman's rho ( $\rho$ )=-0,237, p=0,002) og fødselsvekt ( $\rho$ =-0,171, p=0,028). Føtalt insulin var signifikant korrelert til fødselsvekt ( $\rho$ =0,369, p<0,001). ADN<sub>Mat</sub> var inverst relatert til maternell og føtal glukose ( $\rho$ =-0,258 og -0,235, p=0,003 og 0,002), insulin ( $\rho$ =-0,314 og -0,204, p<0,001 og 0,009), og GLUT<sub>1BM</sub> ( $\rho$ =-0,360, p=0,047). Vi fant ingen signifikant korrelasjon mellom ADN<sub>Mat</sub> og intracellulære signalmolekyler, PGF, FGF eller GLUT<sub>1MVM</sub>.

**Konklusjon:** Den inverse korrelasjonen mellom ADN<sub>Mat</sub> og GLUT<sub>1BM</sub> er et nytt funn, som antyder at ADN<sub>Mat</sub> regulerer glukose-transportører i trofoblastens basalmembran. Den inverse korrelasjonen mellom ADN<sub>Mat</sub> og føtalt glukose- og insulinnivå kan være en indirekte effekt av at maternelt glukosenivå påvirker transporten av glukose til foster, og videre stimulerer føtal insulinsekresjon.

## 06 Effekten av Doppler ultralyd på forekomst av fosterdød. En studie av alle svangerskap i Norge i 1990-2014.

Grytten J.<sup>1,2</sup>, Skau I.<sup>1</sup>, Eskild A.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Institutt for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo. <sup>2</sup>Kvinnekliviken, Akershus universitetssyke-hus. <sup>3</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

**Bakgrunn:** I Norge ble Doppler ultralyd ble gradvis introdusert i spesialisthelsetjenesten for gravide. Vi vet lite om hvilken effekt innføring av denne teknologien har hatt på forekomst av fosterdød.

**Metode:** Fra alle fødeavdelinger i Norge (n>40) innhentet vi informasjon om hvilket år Doppler ul-tralyd ble tatt i bruk. Denne informasjonen ble koplet til informasjon fra Medisinsk fødselsregister (1990-2014) om fødsle på hver fødeavdeling, til sammen 1 377 978 fødsler. Vi brukte diffe-rence-in-difference analyse til å beregne nedgang i forekomst av fosterdød som følge av innføring av Doppler ultralyd. Vi gjorde separate analyser for preterm (28-36 uker) og for term fødsler (> 37 uker) og justerte for kjente risikofaktorer for fosterdød (mors alder, paritet, fosterleie, svangerskaps-forgiftning og diabetes) og for underliggende trender i fosterdød.

**Resultater:** Forekomsten av fosterdød til termin er svært lav (<2/1000 svangerskap). Det har ikke vært uttalt nedgang i fosterdød til termin etter 1990, og innføringen av Doppler ultralyd har dermed hatt liten effekt på fosterdød til termin.

Mesteparten av den samlede nedgangen i fosterdød etter 1990 har vært i preterm svangerskap (uke 28-36). Blant disse svangerskapene har det vært 40% reduksjon i fosterdød siden 1990, og omtrent 30% av nedgangen i fosterdød i preterm svangerskap kan tilskrives innføringen av Dopp-ler ultralyd. Effekten av Doppler ultralyd var sterkest i svangerskap som etter norske retningslinjer skal henvises til spesialisthelsetjenesten; svangerskap med diabetes og/eller preeklampsi.

**Konklusjon:** Innføring av Doppler ultralyd i svangerskapsomsorgen kan forklare 30% av ned-gangen i fosterdød i preterm svangerskap.

## 07 Risiko for eklampsi og hellp-syndrom; betydning av tilgang til fødeinstitusjon og fødselssted

Engjom H<sup>1,2</sup>, Morken NH<sup>1,2</sup>, Høydahl E<sup>3</sup>, Norheim OF<sup>1,4</sup>, Klungsoyr K<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Bergen; <sup>2</sup>Kvinnekliviken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; <sup>3</sup>Avdeling for befolkningssta-tistikk, Statistisk Sentralbyrå, Kongsvinger; <sup>4</sup>Avdeling for forskning og utvikling, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; <sup>5</sup>Avdeling for helseregistre, Folkehelseinstituttet, Bergen.

**Bakgrunn.** Eklampsi og HELLP er assosiert med økt risiko for mødredødsfall og for morbiditet hos kvinnen. Preeklampsi kan avdekkes ved svangerskapskontroller, men noen kvinner opplever rask sykdomsutvikling ved fødselen. Formålet med studien var å kartlegge om reise-avstand til fødeinstitusjon og fødested påvirket kvinnens risiko for eklampsi eller HELLP-syndrom.

**Metode.** Nasjonal, populasjonsbasert kohortstudie av fødsler i Norge 1999-2009 (n=636738). Datakilder var Medisinsk Fødselsregister og Statistisk sentralbyrå. Hovedeksponeringer var tilgang til fødeinstitusjon, målt ved reisetid til nærmeste fødeinstitusjon, og fødested. Hovedut-fall var eklampsi, HELLP-syndrom, eller fødsel <35 ukers gestasjonsalder hos kvinner med preeklampsi. Vi beregnet relativ risiko (RR) med 95% konfidensintervall (KI) med estimert reisetid  $\leq$ 1t som referanse. Vi stratifiserte analysene etter paritet og kjent preeklampsi, og juster-te for sosio-demografiske og medisinske risikofaktorer. Kvinnens fødselsnummer ble brukt til å undersøke påfølgende fødsler.

**Resultater.** Vi identifiserte 1387 tilfeller av eklampsi eller HELLP (0,2%) og 3004 (0,5%) fødsler før 35 uker hos kvinner med pre-eklampsi. Førstegangsfødende reisetid>1t hadde 50% økt risiko for eklampsi/HELLP (0,50 vs 0,35%, justert RR 1,5; 95% KI 1,1-1,9). Flergangsfø-dende med reisetid>1t hadde doblet risiko for eklampsi (0,6% vs 0,3%, justert RR 2,0; 1,2-3,3). Kvinner uten preeklampsi i aktuelle svangerskap utgjorde alle tilfeller ved fødestuefødsle-ne og 39-50% av tilfellene ved fødeavdelingene. Ved påfølgende fødsler forekom 78% (135/173) av tilfellene hos kvinner uten tidligere preeklampsi. Kvinner med risikofaktorer fødte ved større fødeavdelinger.

**Konklusjon.** Studien viser betydningen av tilgang til fødeinstitusjoner. Rutinene for henvis-ning ble fulgt. Man bør ta hensyn til fordeling av nytte og ulemper ved planlagte endringer og evaluering av fødselsomsorgen.

## 08 Økt risiko for hjerte- og karsykdom allerede 1 år etter preterm preeklampsi

Moe, Kjartan<sup>1,2,3</sup>, Sugulle, Meryam<sup>4</sup>, Staff, Anne Cathrine<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. <sup>2</sup>Avdeling for gynekologi og fødselshjelp. Bærum Sykehus, Vestre Viken HF. <sup>3</sup>Kvinnekliviken, Ullevål, Oslo Universitetssykehus

**Bakgrunn:** Preeklampsi og svangerskapsindusert hypertensjon innebærer økt risiko for hjerte-/karsykdom senere i livet. Det er uklart hvordan man kan primærførebygge hjerte-/karsykdom hos kvinner som har hatt dette. Vi undersøkte derfor om tidligere preeklampsi/ svangerskapsindusert hypertensjon er assosiert med risiko for hjerte-/karsykdom 1 år etter fødsel.

**Metode:** Vi regnet ut 30 års Framingham Risk Score (FRS, bestående av alder, systolisk blodtrykk, røyking, total- og HDL-kolesterol) hos 221 kvinner 1 år etter fødsel. Vi inkluderte kontroller (normotensive og forløst=svangerskapsuke 37), kvinner med preeklampsi og med svangerskapsindusert hypertensjon. Preeklampsigruppen ble delt inn i tidlig (forløst<svangerskapsuke 37) og sen preeklampsi (forløst=svangerskapsuke 37). Vi ekskluderte kvinner som hadde hatt pregestasjonell-/svangerskapsdiabetes, fødte barn med vekstre-striksjon (<3-persentilen) eller som brukte antihypertensiva på undersøkelsestidspunktet.

Vi brukte lineær regresjon for å vurdere assosiasjoner mellom FRS og tidligere preeklampsi/ svangerskapsindusert hypertensjon og justerte for andre kjente kardiovaskulære risikofaktorer. Signifikansnivå ble satt til p<0,05.

**Resultater:** I den ujusterte modellen var FRS ved svangerskapsindusert hypertensjon høyere enn hos kontrollgruppen (B=1,57, 95%KI: 0,17-2,95, p=0,027). Det var ikke signifikant forskjell mellom verken kvinner med tidlig eller sen preeklampsi og kontrollgruppen. Etter justering for kjente kardiovaskulære risikofaktorer (kroppsmasseindeks, alder, røyking, prematur hjerte-/karsykdom hos 1.gradslektning og gjennomsnittlig arterielt blodtrykk tidlig i svangerskapet) var det signifikant forskjell mellom tidlig preeklampsi og kontrollgruppen (B=1,46, 95%KI: 0,10-2,82, p=0,035). Det var ikke signifikant forskjell mellom verken sen preeklampsi eller svangerskapsindusert hypertensjon og kontrollgruppen.

**Konklusjon:** Tidlig innsettende preeklampsi er uavhengig risikofaktor for hjerte-/karsykdom sykdom allerede ett år etter fødsel. Kvinner som har hatt tidlig preeklampsi bør tilbys tidlig oppfølging for primærførebygging av hjerte-/karsykdom.

## 09 Prevalens av diabetes blant gravide har økt – mens prevalens av preeklampsi blant dem har falt: en kasus-kontroll studie i Troms og Nordland i 2004-2015

Leeves, Lisa T.<sup>1</sup>, Andreassen, Camilla<sup>2,3</sup>, Marrable, Sire<sup>2</sup>, Glasø, Martine U.<sup>2</sup>, Gaup, Ann K.<sup>4</sup>, Rostad, Mia-Kristin<sup>5</sup>, Haugland, Nils A.M.<sup>6</sup>, Olsen, Ingrid P.<sup>2,7</sup>, Bjørnerem, Åshild<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø; <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø; <sup>3</sup>Ortopedisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø; <sup>4</sup>Kautokeino kommune; <sup>5</sup>Målselv kommune; <sup>6</sup>Medisinsk avdeling, Kirkenes sykehus; <sup>7</sup>Kvinne- og Barn avdelingen, klinikk Hammerfest.

**Bakgrunn:** Hensikten med denne kvalitetssikringsstudien var å undersøke i) endring i prevalens av diabetes i svangerskap i en kohort i Nord-Norge, ii) tidstrend i prevalens av svangerskapsutfallene preeklampsi, makrosomi og keisersnitt blant disse, og iii) forskjeller i svangerskapsutfall mellom diabetes-kasus og kontroller.

**Metode:** En kasus-kontroll studie av 1067 svangerskap med diabetes type-1, diabetes type-2, og svangerskapsdiabetes og 563 kontroller blant 34 915 fødsler ved fire sykehus i Troms og Nordland i 12-års perioden 2004-2015.

**Resultater:** Prevalensen av diabetes type-1 og diabetes type-2 var stabil. Prevalensen av svangerskapsdiabetes økte fra 9,5/1000 i 2004-2006 til 39,9/1000 i 2013-2015, og økte 9 ganger i Nordland kontra 2,3 ganger i Troms. Blant alle med diabetes, var det en synkende prevalens av preeklampsi fra 2004-2006 til 2013-2015 (18,8 kontra 12,4 %,  $p = 0,05$ ), synkende HbA1c (6,3 kontra 5,8 %,  $p < 0,001$ ), men ingen tidstrend for kroppsmasseindeks, makrosomi eller keisersnitt. Kvinner med svangerskapsdiabetes i Nordland hadde lavere prevalens av preeklampsi enn i Troms (8,9 kontra 14,5 %), lavere kroppsmasseindeks (29,1 kontra 30,3 kg/m<sup>2</sup>), lavere HbA1c (5,7 kontra 5,9 %) og flere hadde ikke-europeisk etnisitet (20,2 % kontra 9,4 %), alle  $p < 0,05$ . Alle tre diabetesgruppene hadde høyere prevalens av preeklampsi enn kontrollene (20,6, 23,5 og 11,7 %, kontrollene 4,1 %), makrosomi (16,7, 15,6, og 12,6 %, kontrollene 3,8 %) og keisersnitt (48,0, 46,9, og 32,5 %, kontrollene 19,9 %), alle  $p < 0,01$ .

**Konklusjon:** Prevalens av svangerskapsdiabetes økte. Prevalens av preeklampsi blant alle med diabetes falt, men var fortsatt høyere enn blant kontrollene.

## 010 Complications in pregnancy and childbirth for women with epilepsy; changes over time

Danielsson, Kim C.<sup>1,2</sup>, Borthen, Ingrid<sup>3</sup>, Lie, Rolv T.<sup>3</sup>, Gilhus, Nils E.<sup>2,4</sup>, Morken, Nils H.<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen; <sup>2</sup>Department of Clinical Medicine, University of Bergen; <sup>3</sup>Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen; <sup>4</sup>Department of Neurology, Haukeland University Hospital, Bergen; <sup>5</sup>Department of Clinical Science, University of Bergen.

**Background.** Obstetric trends show changes in complication rates and maternal characteristics such as caesarean section, induced labour, and maternal age. To what degree such general time trends influence complication rates for women with epilepsy (WWE) has not been studied previously.

**Method.** This is a population-based study of all first births in the Medical Birth Registry of Norway, 1999-2016. Maternal characteristics, complication rates, and risks were examined and compared for WWE versus all women without epilepsy. Time trends were analyzed by logistic regression and comparison made with interaction analyses. Outcomes were hypertensive disorders, bleeding in pregnancy, induction of labour, caesarean section, postpartum hemorrhage, preterm birth, small for gestational age, and epidural analgesia.

**Results.** 426 347 first births were included, and 3077 (0.7%) of them represented WWE. Folic acid supplementation was more common in WWE and increased significantly over time ( $p < 0.005$ ). The increase was even more pronounced in women without epilepsy ( $p < 0.005$ ). There was a decrease in smoking during pregnancy for WWE ( $p < 0.005$ ), but less than for women without epilepsy. In WWE there was an increase in proportion of induced labour ( $p < 0.005$ ), and use of epidural analgesia ( $p < 0.005$ ), while there was a reduction in mild preeclampsia ( $p = 0.006$ ). Relative risk of severe preeclampsia increased significantly over time compared to women without epilepsy ( $p = 0.006$ ).

**Conclusion.** There were fundamental changes in maternal characteristics and complication rates among WWE that require attention. Risk of severe preeclampsia increased in WWE relative to women without epilepsy during 1999-2016.

## 011 Fødselsvekt og placentavekt hos innvandrerkvinner: Hva betyr botid i Norge?

Sommerfelt S.<sup>1,2</sup>, Grytten J.<sup>1,3</sup>, Skau I.<sup>3</sup>, Eskild A.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog; <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo; <sup>3</sup>Avdeling for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

**Bakgrunn.** Det er kjent at innvandrere i Norge fra andre kulturer får barn med lavere fødselsvekt enn norskfødte kvinner. Vi undersøkte fødselsvekt og placentavekt hos innvandrerkvinner fra land med pågående væpnet konflikt for å se om forskjellene mellom dem og norske kvinner ble utjevnet etter lengre botid i Norge.

**Metode.** Vi brukte data fra Medisinsk fødselsregister og Folkeregisteret, og inkluderte alle singel-ton fødsler etter svangerskapsuke 20 i 1999-2011; hos kvinner fra Norge ( $n = 599914$ ), Irak ( $n = 5818$ ), Afghanistan ( $n = 1404$ ) og Somalia ( $n = 7009$ ). Vi undersøkte gjennomsnittsforskjell i fødselsvekt og placentavekt mellom norske kvinner og innvandrerkvinner. Vi justerte for mors alder, paritet, fødselsår, preeklampsi og diabetes. Vi sammenlignet forskjellene mellom norske kvinner, innvandrerkvinner med mindre enn fem års botid i Norge og innvandrerkvinner med fem eller flere års botid i Norge.

**Resultater.** Barn av kvinner fra Irak, Afghanistan og Somalia hadde signifikant lavere fødselsvekt og placentavekt enn de med norske mødre ( $p < 0,0001$ ). Gjennomsnittlig fødselsvekt var 3408 g hos barn av norske kvinner, og 3209 g hos barn av innvandrerkvinnene. Gjennomsnittlig placentavekt var 652 g hos norske kvinner, og 632 gram hos innvandrerkvinnene. Innvandrerkvinner med fem eller flere års botid i Norge fødte barn med høyere fødselsvekt og høyere placentavekt enn kvinnene med mindre enn fem års botid i Norge.

**Konklusjon.** Innvandrerkvinner i Norge fra Irak, Afghanistan og Somalia fødte barn med signifikant lavere fødselsvekt og placentavekt enn norske kvinner. Denne forskjellen avtok med lengre botid i Norge.

## Meditek er nå forhandler av Medifa gynstoler og Leisegang og Kapps kolposkop.

Besøk oss på vår stand under Gynekologisk Høstmøte 2018, Oslo

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

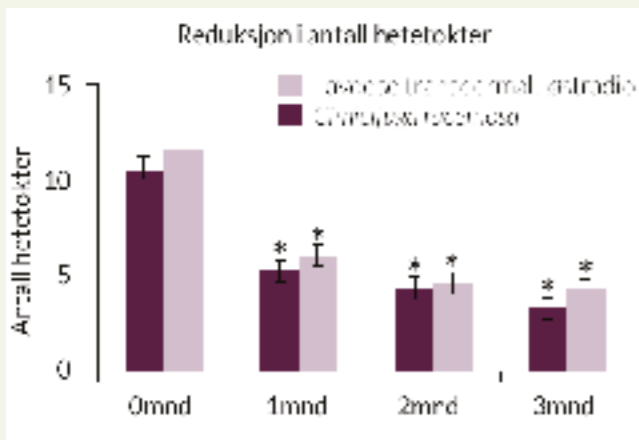
**MEDITEK™**  
Medisinsk utstyr



# Remifemin®

## Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter og svetting

Opptil 80 % av kvinner i klimakteriet opplever hetetokter og svette<sup>1,2</sup>. 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 klimakteriet<sup>4</sup>.



**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 transdermal 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 al<sup>5</sup>. av Sana Pharma Medical



### Godt dokumentert effekt og sikkerhet

De siste 15 årene er det utført mer enn 29 kliniske studier<sup>3</sup> der mer enn 12 000 pasienter har deltatt<sup>1</sup>. Remifemin gir god lindring og sikkerheten er godt dokumentert<sup>4,5</sup>.

Fås på alle apotek

**Remifemin**  
Middel mot overgangsalderplager.  
**Reseptfritt legemiddel.** Tabletter, 2,5 mg: Hver tablett inneholder: Tørr ekstrakt av rotstokk av klaseormedruer (*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, amming og fertilitet:** I fravær av tilstrekkelig data anbefales ikke bruk under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Tilfeller av levertoksitet (inkl. hepatitt, gulsott, forstyrrelser av leverfunksjonstester) er rapportert ved bruk av preparater som inneholder *Cimicifuga*. Hudreaksjoner (urticaria, kløe, eksantem), ansiktsødem, 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

**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.

# POSTERLISTE

## Gynekologi og obstetrikk

<b>PG1.</b>	Eskild A:	Svangerskapslengde ved begjæring av svangerskapsavbrudd på grunn av misdanning hos fosteret. Har det skjedd endinger i perioden av 2007-2017?
<b>PG2.</b>	Trovik J:	Endring av retningslinjer for bruk av Metoklopramid; konsekvenser for kvinner med hyperemesis gravidarum?
<b>PG3.</b>	Michelsen H:	Komplikasjoner etter vaginal, abdominal og laparoskopisk hysterektomi utført ved gynekologisk avdeling Oslo universitetssykehus i 2016, en retrospektiv studie
<b>PG4.</b>	Trovik J:	Kan håndholdt ultralyd brukes til å påvise vital graviditet i første trimester?
<b>PG5.</b>	Holmsen SG:	Laparoskopisk tilgang med veress nål hos pasienter med kirurgiske risikofaktorer ved gynekologisk laparoskopi i Norge i tidsrommet 2016-2017.
<b>PG6.</b>	Volløyhaug I:	Kan vi undersøke obstetriske analsphincterskader med endovaginal og transperineal ultralyd?
<b>PG7.</b>	Engerud H:	Opphør av rutinemessig adjuvant strålebehandling: konsekvenser for residiv og overlevelse ved tidlig stadium endometrieccancer.
<b>PG8.</b>	Thun SA:	Trygg flytting av inkontinenskirurgi fra operasjonsstue til poliklinikk
<b>PG9.</b>	Nyhus MØ:	Er transperineal ultralyd en pålitelig metode for å måle bekkenbunnskontraksjon?
<b>PG10.</b>	Gottschalk MS:	Tidstrender i alder ved menarke og alder ved naturlig menopause: en undersøkelse av 312 656 kvinner i Mammografi-programmet.
<b>PO1.</b>	Johansen N:	Pruritus and icterus in a 12 weeks pregnant woman: A case report of intrahepatic cholestasis in early pregnancy
<b>PO2.</b>	Sanda B:	FIT FOR FØDSEL-studien – kvinnenes opplevelse og erfaringer fra deltagelse i en treningsintervensjon. Er det gjennomførbart?
<b>PO3.</b>	Engjom H:	Helseregisteret for forskning; validering av registrerte alvorlige komplikasjoner hos kvinnen ved svangerskap og fødsel basert på medisinsk fødselsregister og norsk pasientregister.
<b>PO4.</b>	Sommerfelt S:	Kan 3D ultralyd brukes til å måle placentavolum? En studie av intra-rater reliabilitet.
<b>PO5.</b>	Skjønberg A:	Operativt behandlet alvorlig postpartumbldning: Obstetriske prediktorer og hemodynamisk presentasjon
<b>PO6.</b>	Toft JH:	Svangerskapsdiabetes; forekomst, risikofaktorer- og enklere diagnostikk?
<b>PO7.</b>	Michelsen T	Uteroplacentært glukoseopptak og føtalt glukoseforbruk: En kvantitativ studie i humane svangerskap

# POSTERE

## Gynekologi

### PG1 Svangerskapslengde ved begjæring av svangerskapsavbrudd på grunn av misdanning hos fosteret. Har det skjedd endringer i perioden av 2007-2017?

Anne Eskild<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklubben Akershus universitetssykehus, <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

**Bakgrunn:** Det blitt mulig å diagnostisere fostermisdanninger tidligere i svangerskapet. Jeg studerte endringer i forekomst av og gestasjonslengde ved svangerskapsavbrudd på grunn av fostermisdanning.

**Metode:** Jeg brukte data fra Abortregisteret i perioden 2007- 2017, i alt 182 214 abortbegjæringer. Av disse ble 4,6% (n=8340) behandlet i nemd. Bare fra nemndbehandlede aborter som ble utført, finnes opplysning om årsak til begjæringen (n=6793).

**Resultater:** Det har vært en generell nedgang i begjæringer om svangerskapsavbrudd i Norge, fra 17134 (2007) til 13934 (2017), 19% nedgang. Nedgangen i utførte aborter i svangerskap i uke 12 var fra 281 til 231, 12% nedgang. Av alle aborter i uke 12, ble 8% nemnd-behandlet (n=124), og 25 % av disse var på grunn av fostermisdanning.

Nedgangen i alle utførte nemndbehandlede aborter var fra 646 til 553, 14%. Nedgangen på grunn av sosiale forhold (§2.3-b) var fra 349 til 235 (33% nedgang). Det var en oppgang i antall aborter utført på grunn av misdannelse hos fosteret fra 257 til 307 (19% økning).

Denne økningen var mest uttalt for svangerskap i uke 13-<15 fra 45 til 86 aborter (91% økning), Det var en svak økning i antall svangerskapsavbrudd på grunn av misdanning i svangerskap > 15 uker, fra 212 til 221.

**Konklusjon:** Det har vært en økning i svangerskapsavbrudd på grunn av avvik hos fosteret. Mesteparten av denne økningen skyldes økningen av svangerskapsavbrudd før uke 15. Man kan ikke utelukke en relativ økning i selvbestemt abort i uke 12 på grunn av mistanke om avvik hos fosteret.

### PG2 Endring av retningslinjer for bruk av metoklopramid; konsekvenser for kvinner med hyperemesis grvidarum?

Bryn AK<sup>1</sup>, Heitmann K<sup>1,2</sup>, Holst L<sup>1</sup>, Trovik J<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Senter for farmasi, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen (UiB), Bergen; <sup>2</sup>RELIS-Vest, Helse-Bergen HF, Bergen; <sup>3</sup>Kvinneklubben, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>4</sup>Klinisk Institutt 2, UiB, Bergen.

**Bakgrunn.** Alvorlig svangerskapskvalme; Hyperemesis Gravidarum (HG), medfører redusert livskvalitet, dehydrering/vekttap og oftest sykehusinnleggelse. I Norge er antihistamin førstevalg som antiemetikum ved HG mens metoklopramid ofte har vært andrevalg og kunne gis rektalt. I 2013 anbefalte Europeiske legemiddelmyndigheter (EMA) redusert bruk (døgndose/varighet) av metoklopramid.

Vi ønsket å evaluere evt. endringer mhp. sykehusinnleggelser og medikamentbruk hos HG-pasienter før versus etter EMA-anbefalingen. **Metode.** Retrospektiv sykehuskohort av 892 kvinner med HG innlagt på gynekologisk avdeling, Haukeland Universitetssjukehus 2002-2016. Pasientjournaler ble gjennomgått og medikamentbruk før/under sykehusopphold korrelert med kliniske pasientkarakteristika i 3-årskohorter, hvorav perioden 2014-2016 etter EMAs endring. Innleggesrate beregnes ut fra antall fødsler i samme periode.

**Resultater.** Innleggesraten for HG økte: fra 0,0106 (682 kvinner/64395 fødsler 2002-2013) til 0,0124 i 2014-2016 (210/16973), z-score=1,9831, p=0.047. Antiemetikabruk prehospitalt økte tom. 2013; fra 36% av kvinnene (2002-04) til 58% (2011-13), Mantel-Haenzsel trend-test p<0,001, tilsvarende økning ble funnet for antihistamin og metoklopramid (alle p<0,001). Metoklopramidbruk prehospitalt var 41% (2011-13) og falt til 19% (2014-16), p<0,001. Total antiemetikabruk prehospitalt falt til 46% (2014-16), p=0,013 uten kompensatorisk økning i antihistamin (34% versus 31%, p=0,519). Under sykehusinnleggelse falt metoklopramidbruk fra 47% (2011-13) til 12%, p<0,001. Ondansetronbruk økte og ble gitt til hele 62% av kvinnene i siste 3-årsperiode (p<0,001). Etter utskriving fikk signifikant flere forskrevet antihistamin eller ondansetron mens metoklopramid falt fra 30% til 1%, alle p<0,001. Det var ingen økning i forekomst av reinnleggelser.

**Konklusjon.** Etter EMA-anbefaling i 2013 har metoklopramid blitt gitt i signifikant mindre grad til kvinner med Hyperemesis gravidarum. Antiemetikaforskriving prehospitalt har gått ned og innleggesraten økt.

### PG3 Komplikasjoner etter vaginal, abdominal og laparoskopisk hysterektomi utført ved gynekologisk avdeling Oslo universitetssykehus i 2016, en retrospektiv studie

Michelsen H<sup>1</sup>, Lieng M<sup>1,2</sup>, Berner E<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Oslo <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo

**Bakgrunn.** Gynekologisk avdeling Oslo universitetssykehus (OUS) er den største gynekologiske avdelingen i Norge og utfører over 400 hysterektomier i året på benign indikasjon. Avdelingen har økt antall hysterektomier de siste årene og har hatt en endring i valg av operasjonsmetode sammenliknet med for 10 år siden. Det er derfor behov for å evaluere utfallet av de ulike metodene for hysterektomi ved avdelingen.

**Metode.** Systematisk søk i operasjonsprotokoll og journalgjennomgang av elektronisk journal for alle hysterektomier utført ved gynekologisk avdeling, OUS Ullevål i 2016. Hovedresultat var forekomst (N, %) av komplikasjoner etter vaginal hysterektomi (VH), total abdominal hysterektomi (TAH), subtotal abdominal hysterektomi (SAH), total laparoskopisk hysterektomi (TLH), laparoskopisk supracervikal hysterektomi (LSH), laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi (LAVH) og radikal hysterektomi. Hysterektomimetode, komplikasjonstype, demografiske data, indikasjon for hysterektomi, tidligere kirurgi, operasjonstid, operatørs kompetanse, suturteknikk ved lukking av vaginaltopp, type elektroenergi benyttet under operasjon, eventuelle gjennomførte tilleggsprosedyrer, profylaktisk salpingektomi og liggetid etter operasjonen ble registrert. Hysterektomi utført etter fødsel på grunn av obstetrisk komplikasjon er ekskludert fra studien.

**Resultater.** Det ble utført 457 hysterektomier ved gynekologisk avdeling OUS Ullevål i 2016. Av disse var 377 (82.5 %) laparoskopiske, 10 (2.2 %) vaginale og 70 (15.3 %) abdominale hysterektomier. Henholdsvis 318 (69.6 %) av hysterektomiene var totale og 139 (30.4 %) subtotale.

*Resultatene fra denne studien er under utarbeidelse og blir ferdig for presentasjon ved årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening i oktober 2018. Komplikasjonsrate blir presentert og komplikasjonene ved de forskjellige operasjonsmetodene vil bli sammenliknet. Trender i operasjonsmetoder for hysterektomi ved benign indikasjon blir diskutert.*

### PG4 Kan håndholdt ultralyd brukes til å påvise vital graviditet i første trimester?

Sira C<sup>1</sup>, Pedersen JK<sup>1</sup>, Tundal T<sup>1</sup>, Trovik J<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen; <sup>2</sup>KK, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen.

**Bakgrunn.** Ultralyd er gullstandard for å påvise vital graviditet og fastsette gestasjonslengde. Ved akutt blødning eller smerte i første trimester er pasientens første helsekontakt ofte allmennlege eller akuttmottak med abdominal, ikke vaginal, ultralyd. Vi ville undersøke om en ved håndholdt abdominal ultralyd kunne påvise vitalt intrauterin graviditet i første trimester og sekundært se på samsvar mellom sittehøyde/crown-rump-length (CRL) målt abdominalt versus vaginalt.

**Metode.** Prospektiv kohortstudie av første trimesters gravide (<12uker i henholdt til Naegels metode) henvist KK, Haukeland Universitetssjukehus. Vaginal ultralyd definerte vitalitet (intrauterin gestasjonssekk med HS+) og gestasjonslengde (CRL målt ihht. Robinson). Kategoriske variabler ble sammenliknet med Kji-kvadrattest og lineære variabler med t-test/ikke-parametriske tester ved normalfordelte/ikke-normalfordelte variabler respektivt.

**Resultater.** Totalt 74 kvinner er inkludert; 10 med patologisk svangerskap (spontanabort/ex.u). Av normalt gravide hadde14 gestasjonslengde uke 5, 33 uke 6-8 og 17 >uke 9, i alt 54 fikk dokumentert intrauterin vitalitet (HS+). Håndholdt ultralyd påviste hjerteaksjon hos 45/54 (83%), og bekreftet manglende hjerteaksjon (HS-) hos alle patologiske svangerskap; totalt positiv prediktiv verdi (PPV) 69% og negativ prediktiv verdi (NPV) 100%. Ved gestasjonslengde uke 5 påvist HS+ hos 4 pasienter ved vaginal ultralyd og 1 ved abdominal, uke 6: 13 og 8 respektivt. Ved gestasjonslengde >7 uker bekreftet håndholdt ultralyd hjerteaksjon hos 36 av 37 pasienter, PPV 89% og NPV 100%.

For 40 pasienter ble CRL målt med begge metoder, CRL var median 2mm lengre (95% Konfidensintervall 0-3mm) målt vaginalt versus håndholdt abdominalt, p<0,003 (Wilcoxon Signed-Rank-Test).

**Konklusjon:** Håndholdt ultralyd har tilfredsstillende prediksjon for å bekrefte intrauterin graviditet fra gestasjonsuke 7.

## PG5 Laparoskopisk tilgang med Verres nål hos pasienter med kirurgiske risikofaktorer ved gynekologisk laparoskopi i Norge i tidsrommet 2016–2017.

Holmsen SG<sup>1</sup>, Skråppa S<sup>2</sup>, Dale PO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER)/ Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg; <sup>2</sup> Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg.

**Bakgrunn.** Det gjøres i dag stadig mer avanserte laparoskopiske inngrep hos pasienter med kjente kirurgiske og medisinske risikofaktorer. Om lag 50% av komplikasjonene ved laparoskopi finner sted ved etablering av intraabdominal tilgang. Ved tidligere midtlinjesnitt, overvekt og store oppfyllinger i bekkenet er Palmers Point anbefalt som innstikksted for Veress nål. Studien ønsker å undersøke om dette er gjeldende for praksis ved norske sykehus.

**Metode.** Dataene er hentet ut fra laparoskopiske inngrep registrert NGER i tidsrommet 01.01.16 til 31.12.17.

**Resultater.** Det var registrert 7 916 laparoskopiske inngrep i det aktuelle tidsrommet. Av disse ble Veress nål benyttet i 69,7% av tilfellene. Umbilicus ble brukt som tilgangspunkt i 96,1%. Det vil si at Palmers Point ble benyttet i 3,9% av tilfellene. 6,1% av pasientene var registrert med en BMI over 35. 24,8 % av pasientene hadde tidligere vært operert med laparotomi. I denne gruppen var det ikke skilt mellom tidligere midtlinjesnitt og tverrsnitt ved laparotomi, der sistnevnte ikke er forbundet med tilsvarende risiko for adheranser i nivå med umbilicus.

**Konklusjon.** Tallene tyder på at Palmers Point benyttes i for liten grad hos pasienter med kjente risikofaktorer for komplikasjoner i forbindelse med laparoskopisk tilgang i umbilicus. Det er ønskelig med videre studier og en nærmere presisering av omfanget av risikofaktorer.

## PG6 Kan vi undersøke obstetriske analsphincterskader med endovaginal og transperineal ultralyd?

Volløyhaug, Ingrid<sup>1,2</sup>, Taithongchai, Annika<sup>3</sup>, Arendsen, Linda<sup>3</sup>, van Gruting, Isabelle<sup>3</sup>, Sultan, Abdul<sup>3</sup>, Thakar, Raneer<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU, Trondheim. <sup>2</sup> Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim. <sup>3</sup> Obstetrics and Gynaecology, Croydon University Hospital, United Kingdom.

**Bakgrunn:** Analsphincterskader som oppstår under fødsel er risiko for å utvikle avføringslekkasje. Endoanal ultralyd (EAUL) er gullstandard for undersøkelse av sphincter hos pasienter med avføringslekkasje, og ved rådgivning om forløsningsmetode i senere svangerskap hos kvinner etter analsphincterskade. Vi ville undersøke om ultralyd med vaginalprobe og abdominalprobe kan erstatte undersøkelse med EAUL.

**Metode:** 250 kvinner som hadde analsphincterskade ved fødsel ble 6–12 uker senere undersøkt med 3D EAUL, endovaginal ultralyd (EVUL) og abdominalprobe/ transperineal ultralyd (TPUL) ved Croydon University Hospital. Med EAUL ble signifikant defekt i interne (IAS) og eksterne analsphincter (EAS) diagnostisert hvis defekt >30o i ≥ 50% av muskeltykkelsen og lengden. For EVUL og TPUL brukte vi tomografisk ultralyd til å undersøke IAS og EAS i henholdsvis 5 og 7 plan. Vi brukte Receiver Operator Curve (ROC) analyse for å finne sensitivitet og spesifisitet for EVUL og TPUL mot EAUL.

**Resultater:** For IAS var Area Under Curve (AUC) 0.72, (EVUL) og 0.70 (TPUL), p<0.001. For EAS var AUC 0.74 (EVUL) og 0.72 (TPUL), p<0.001. For IAS ga defekt i ≥ 2/5 plan sensitivitet og spesifisitet 59% og 84% (EVUL) og 43% og 97% (TPUL). For EAS ga defekt i ≥ 3/7 plan sensitivitet og spesifisitet 65% og 75% (EVUL) og 70% og 69% (TPUL).

**Konklusjon:** Vaginal eller abdominal 3D ultralydprobe er, i motsetning til endoanal probe, lett tilgjengelig i de fleste gynekologiske og obstetriske avdelinger. Endovaginal og transperineal ultralyd kan brukes til å undersøke analsphincterdefekter ved oppfølging etter obstetriske sphincterskade. Metodene samsvarer moderat med endoanal gullstandard.

## PG7 Opphør av rutinemessig adjuvant strålebehandling: konsekvenser for residiv og overlevelse ved tidlig stadium endometrieccancer

Engerud H<sup>1,2</sup>, Nordberg T<sup>3</sup>, Staff AC<sup>1</sup>, Tingulstad S<sup>5</sup>, Marcickiewicz J<sup>6,7</sup>, Trovik J<sup>1,2</sup>, Werner HMJ<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centre for Cancer Biomarkers, Klinisk Institutt 2, Bergen; <sup>2</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>3</sup>Kreftavdelingen, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen; <sup>4</sup>Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin og Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssjukehus, Oslo; <sup>5</sup>Gynekologisk avdeling, St. Olavs Hospital, Trondheim;

<sup>6</sup>Gynekologisk avdeling, Sahlgrenska akademi, Göteborg Universitet, Göteborg, Sverige; <sup>7</sup>Gynekologisk og Obstetriske avdeling, Hallands hospital, Varberg, Sverige;

<sup>8</sup>Gynekologisk og Obstetriske avdeling, Medisinsk senter, Universitetet i Maastricht, Maastricht, Nederland

**Bakgrunn.** Det er vist at adjuvant strålebehandling ved intermedieær/høyrisiko endometrieccancer med lavt stadium reduserer lokalt residiv mens bedret overlevelse ikke er dokumentert. Vi ønsket å undersøke konsekvenser for overlevelse og residiv etter opphør av rutinemessig adjuvant strålebehandling i Norge fra 2008.

**Metode.** Strålekohort (Momatec 2001–2007): 103 FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) stadium 1 og 2 endometrieccancerpasienter som fikk adjuvant intern og/eller ekstern strålebehandling sammenliknet med Kontrollkohort (Momatec 2008–2015): 98 matchete (alder, histologisk type/grad og FIGO stadium) endometrieccancerpasienter uten noen adjuvant behandling (hverken stråle- eller kjemoterapi). Høyrisikokohort (Haukeland 2008–2015): alle konsekutive 119 pasienter med intermedieær/høyrisiko FIGO stadium 1 (ingen strålebehandlet, men i 29% adjuvant kjemoterapi).

**Resultater.** Strålekohorten (+stråling) og kontrollkohorten (–stråling) med myometrieinfiltrasjon <50% hadde like andel tilbakefall: lokalt residiv 0% versus 3,8% og fjerne metastaser 8,3% versus 1,9% (p=0,41, Fischers exact-test). Ved myometrieinfiltrasjon >50% var andel med residiv høyere i strålekohorten, men ikke signifikant forskjellig mellom kohortene: lokalt residiv 5,4% versus 11,8% og fjerne metastaser 14,3% versus 8,8% (p=0,71). Sykdomsspesifikk og residivfri overlevelse var heller ikke signifikant forskjellig (87,1% versus 93,6%, p= 0,43 og 82,5% versus 77,3%, p= 0,71).

I høyrisikokohorten fikk 4,2% av pasientene lokalt residiv innen tre år etter diagnosetidspunkt.

**Konklusjon.** Vi fant ingen signifikant forskjell i residiv eller overlevelse i perioden før versus etter opphør av rutinemessig adjuvant strålebehandling i intermedieær/høyrisiko lavstadiet endometrieccancer. Andel som fikk lokalt residiv i den populasjonsbaserte kohorten var også lavt (4%). Dette støtter norske retningslinjer som ikke anbefaler rutinemessig adjuvant strålebehandling for pasienter med endometrieccancer stadium 1 eller 2.

## PG8 Trygg flytting av inkontinenskirurgi fra operasjonsstue til poliklinikk

Thun, Sebastian A.<sup>1</sup>, Myklebost, Merete F.<sup>2</sup>, Haugen, Mari B.<sup>2</sup>, Volløyhaug, Ingrid<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Institutt for Medisin og Helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. <sup>2</sup> Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim. <sup>3</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

**Bakgrunn:** Antall kvinner som blir operert med TVT mot stressinkontinens er stigende. Konkurransen med andre inngrep på operasjonsstuen gir problemer med strykninger. Derfor ville vi undersøke om det var trygt å flytte TVT-kirurgi til poliklinikken og om pasientene var like fornøyde i poliklinikken som på operasjonsstuen.

**Metode:** Prospektiv studie av alle (105) kvinner som gjennomgikk TVT ved St. Olavs Hospital i perioden januar–juni 2018. Kvinnene ble delt i to grupper; poliklinisk kirurgi og operasjonsstue-kirurgi. De «friskeste» kvinnene ble selektert til poliklinisk operasjon (hjerne-lunge friske, ingen diabetes, blodsmitte, blodfortynnende, under 75 år). Alle fikk premedikasjon og ble operert etter standard prosedyre under lokalanestesi og sedasjon. I poliklinikken var det ingen anestesisykepleier/-lege tilgjengelig, og pasientene fikk kun 0,1 mg Fentanyl under inngrepet. Pasientene fylte ut et skjema, og rangerte tilfredshet fra 0–4 og smerte fra 0–10. Gruppene ble sammenlignet med t-test eller Mann-Whitney U test og X2 eller Fishers eksakte test.

**Resultater:** Totalt 98 av 105 pasienter svarte på spørreskjema (poliklinikk 56, operasjonsstue 42). Vi fant signifikant forskjell i BMI (poliklinikk mean 24,9, operasjonsstue mean 29,5) og komorbiditet (poliklinikk 16%, operasjonsstue 50%) p<0,001. Pasienter i poliklinikken var mer fornøyd med ventetiden før operasjonen, p<0,001. Vi fant ingen forskjell i opplevd smerte under bedøvelse eller selve inngrepet, eller totalopplevelse. Vi fant en ikke-signifikant forskjell i komplikasjoner (poliklinikk 0%, operasjonsstue 7%), p=0,08.

**Konklusjon:** Seleksjonen av pasienter til poliklinikken var vellykket. Pasientene operert i poliklinikken var minst like fornøyde som pasientene operert på operasjonsstuen. TVT-operasjon i poliklinikken er like trygt som på operasjonsstuen, forutsatt at pasientene selekteres.

## PG9 Er transperineal ultralyd en pålitelig metode for å måle bekkenbunnskontraksjon?

Nyhus, Maria Ø.<sup>1,2</sup>, Salvesen, Kjell Å.<sup>1,2</sup>, Mathew, Seema<sup>1,2</sup>, Volloyhaug, Ingrid<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Gynekologisk avdeling, St Olavs hospital. <sup>2</sup>Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

**Bakgrunn:** Bekkenbunnstrening er viktig for å forebygge og behandle urinlekkasje og descens. Bekkenbunnskontraksjon kan måles med palpasjon og perineometri, begge med mulige feilkilder. 3D/4D-ultralyd har blitt brukt i studier. 2D-ultralyd er enklere, og lett tilgjengelig, men det mangler studier på om metoden er pålitelig. Vårt mål var å undersøke 2D og 3D/4D ultralydmåls reproduserbarhet og korrelasjon til palpasjon og perineometri.

**Metode:** Seksti kvinner (gravide eller med descens/ inkontinens) ble undersøkt med palpasjon (Modified Oxford Scale), perineometri og transperineal ultralyd. To uavhengige undersøkere målte anterioposterior (AP) levatorhiatus diameter i 2D-bilde, og AP-diameter og hiatusareal i 3D-volum. Prosentvis endring fra hvile til kontraksjon ble brukt som mål på kontraksjon. Vi beregnet intraclass korrelasjonskoeffisient (ICC) mellom de to undersøkerne og korrelasjon til palpasjon og perineometri med Spearman rank (rs).

**Resultater:** ICC var 0.86 (95% CI 0.76 -0.92) for 2D AP-diameter, 0.79 (95% CI 0.65 - 0.88) for 3D AP-diameter og ICC 0.77 (95% CI 0.62 - 0.87) for 3D areal, p<0.01. Korrelasjon (rs) mellom 2D AP-diameter og palpasjon var 0.38, og perineometri 0.43, for 3D AP-diameter og palpasjon var 0.63 og perineometri 0.58, og 3D areal og palpasjon var 0.45 og perineometri 0.36, p<0.01.

**Konklusjon:** Høy ICC viser at ultralyd er en objektiv og pålitelig metode for mål av bekkenbunnskontraksjon. Prosentvis endring i 2D AP-diameter hadde høyest ICC og kan brukes som ny, klinisk relevant og lett tilgjengelig metode for å måle muskelkontraksjon. Ultralyd hadde svak til moderat korrelasjon med palpasjon og perineometri, som kan skyldes feilkilder ved de andre metodene.

## PG10 Tidstrender i alder ved menarke og alder ved naturlig menopause: en undersøkelse av 312 656 kvinner i Mammo-grafiprogrammet.

Gottschalk, Marthe S.<sup>1,2</sup>, Eskild, Anne<sup>1,2</sup>, Hofvind, Solveig<sup>3</sup>, Bjelland, Elisabeth K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus. <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. <sup>3</sup>Seksjon for mammografiscreening, Kreftregisteret

**Bakgrunn.** Alder ved menarke (første menstruasjon) blant norske kvinner født i 1960 var lavere enn blant kvinner født på 1800-tallet. Det er usikkert om alder ved menarke fortsatt synker. Alder ved naturlig menopause (siste menstruasjon), derimot, ser ut til å øke. Det tyder data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag på. Vi studerte om det har vært endringer i alder ved menarke, alder ved menopause og i lengden på intervallet mellom menarke og menopause (reproduktiv periode) blant kvinner født etter 1935.

**Metode.** Vi brukte data fra 312 656 kvinner som deltok i Mammografiprogrammet og besvart et spørreskjema i 2006-2014. Kvinnene var født i Norge i perioden 1936-1964. Vi benyttet fleksible parametriske modeller for å studere endringer i gjennomsnittlig menarkealder, menopausealder og varighet av reproduktiv periode.

**Resultater.** Alder ved menarke sank fra 13,5 år blant kvinner født i 1936 til 13,2 år blant kvinner født i 1958. Blant kvinner født etter 1958 økte menarkealder og var høyest blant kvinner født i 1964 (13,3 år). Alder ved menopause var 50,0 år blant kvinner født i 1936, og blant kvinner født i 1964 estimerte vi menopausealderen til 53,9 år. Siden det har vært nedgang i menarkealder og økning i menopausealder, estimerte vi at kvinner født i 1964 i gjennomsnitt vil ha over 5 år lenger reproduktiv periode enn kvinner født i 1936.

**Konklusjoner.** Blant kvinner født i perioden 1936-1964 falt gjennomsnittlig menarkealder, for deretter å øke. Gjennomsnittlig menopausealder økte gjennom perioden. Endringer i kvinners levekår, livsstil og reproduksjonsmønster kan ha hatt betydning for disse endringene.

# POSTERE

## Obstetrikk

## PO1 Pruritus and icterus in a 12 weeks pregnant woman: A case report of intrahepatic cholestasis in early pregnancy

Johansen Nora<sup>1</sup>, Sugulle Meryam<sup>2</sup>, Williamson Catherine<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Gynaecology and Obstetrics, Sørlandet Hospital Arendal, Norway. <sup>2</sup>Department of Obstetrics, Division of Gynaecology and Obstetrics, Oslo University Hospital, Norway. <sup>3</sup>Department of Women and Children's Health, King's College London, UK

**Background.** Intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP) typically presents with generalized pruritus and signs of abnormal liver function. There may be a genetic involvement. Commonly, ICP onset occurs during third trimester, but although rare, severe cases may present as early as in the first trimester.

**Method.** Case report.

**Results.** A 32 year old 12 weeks pregnant woman presented with icterus and severe pruritus. She had undergone cholecystectomy 8 years prior, followed by removal of choledochus stones on two occasions. Further, she reported oral contraceptive-related pruritus. Her mother had ICP. During index admission the woman's clinical presentation was interpreted as extrahepatic cholestasis despite normal MRI. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and stent insertion was performed. No bile stones were seen. Initial bile acid concentration was 256 µmol/L. Following ERCP the woman developed pancreatitis. Despite normalization of serum bilirubin (max 88 µmol/L) the itching persisted, and she considered termination of pregnancy. Administration of 1 g ursodeoxycholic acid daily led to transient pruritus reduction, and the dosage was increased (1,5 g/day). Although recurrent bile stones cannot definitely be disregarded, our working diagnosis is ICP, likely secondary to genetic susceptibility to a biliary transporter mutation. The follow-up includes clinical examination, blood tests to evaluate liver function, coagulation and exclude other pathology. Estimated day of delivery is in mid-October 2018.

**Conclusion.** Although very rare in early pregnancy, gynaecologists should consider ICP as a differential diagnosis in case of typical symptoms, regardless of the length of the pregnancy in order to provide correct treatment and avoid unnecessary interventions.

## PO2 FIT FOR FØDSEL-studien – kvinnenes opplevelse og erfaringer fra deltagelse i en treningsintervensjon. Er det gjennomførbart?

Sanda B<sup>1</sup>, Haakstad LAH<sup>2</sup>, Torstveit MK<sup>3</sup>, Sagedal LR<sup>1</sup>, Lohne-Seiler H<sup>3</sup>, Vistad I<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Sørlandet Sykehus HF Kristiansand, <sup>2</sup>Seksjon for idrettsmedisinske fag, Norges Idrettshøgskole, <sup>3</sup>Institutt for Idrett, folkehelse og ernæring, Universitetet i Agder

**Bakgrunn:** Tross økende antall intervensjonsstudier som inkluderer organisert trening i svangerskap, har det vært lite fokus på kvinners opplevelser av å delta i, samt gjennomførbarheten av, selve treningsintervensjonen.

**Metode:** I Fit For Fødsel-studien ble friske førstegangsfødende kvinner ≤20 ukers singleton svangerskap, ≥18 år og KMI ≥19 kg/m<sup>2</sup> randomisert til enten intervensjonsgruppen (to organiserte gruppetreninger à 60 minutter/uke i 2. og 3. trimester og kostholdsveiledning, n=303) eller kontrollgruppen (standard svangerskapsomsorg, n=303). Vi ønsket å undersøke opplevelser ved deltakelse i, samt gjennomførbarheten av, en treningsintervensjon via et elektronisk spørreskjema. Deltagerne i treningsintervensjon besvarte bl.a. spørsmål om oppmøte-frekvens, tilfredshet og opplevde bivirkninger av treningen, samt motiver og barrierer for å delta på gruppetreningene.

**Resultat:** I intervensjonsgruppen deltok 93% (n=274) på minst en gruppetrening, og 68% (n=187) besvarte spørreskjema etter endt intervensjon. 72% rapporterte >75% trenings-oppmøte, og mer enn 7 av 10 rapporterte å være fornøyd/veldig fornøyd med treningene. Deltagerne opplevde få bivirkninger; de hyppigste var stølhet (16%) og kynnere (14%). Totalt 91% fant gruppetreninger mer motiverende enn å trene alene, og de to mest rapporterte motiverende faktorene var treningsglede (61%) og økt energi (40%). I alt 36% rapporterte økt fysisk aktivitetsnivå utover gruppetreningene. Hele 87% ville deltatt på tilsvarende gruppetrening i neste svangerskap, og 95% ville anbefalt deltakelse til en gravid venn.

**Konklusjon:** Deltagelse på gruppetreningene var akseptabel, med høy tilfredshets-score og opplevd treningsglede. Treningsintervensjonen gikk i Fit For Fødsel-studien kan betraktes som gjennomførbart.

## PO3 Helseregistre for forskning; validering av registrerte alvorlige komplikasjoner hos kvinnen ved svangerskap og fødsel basert på medisinsk fødselsregister og norsk pasientregister

Engjom H<sup>1,2</sup>, Klungsoyr K<sup>3</sup>, Ebbing M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; <sup>2</sup>Avdeling for helseregistre, Folkehelseinstituttet, Bergen.

**Bakgrunn.** Kunnskap om alvorlige, potensielt livstruende komplikasjoner hos kvinnen ved svangerskap og fødsel kan fylle to formål; påvisning av faktorer som forebygger dødsfall og svikt som medvirker til at tilstanden forverres.

**Metode.** Vi utformet diagnose- og prosedyrebaserte definisjoner for alvorlige komplikasjoner hos mor. Datagrunnlaget var 360269 fødsler i perioden 2008–2013. 19662 (5,5%) oppfylte definisjonen av alvorlig komplikasjon i medisinsk fødselsregister (MFR) eller Norsk Pasientregister (NPR). Deretter validerte vi et utvalg av registreringene der det ikke var samsvar mellom MFR og NPR. Valideringsresultatene er basert på svar fra 32 av totalt 51 fødeinstitusjoner. Vi beregnet estimert totalt forekomst, positiv prediktiv verdi (PPV) og negativ prediktiv verdi (NPV) basert på antagelser om sanne tilfeller ved samsvar.

**Resultater.** Ved 6095 fødsler fant vi samsvar i opplysning om materielle komplikasjoner, 5457 var kun registrert i MFR og 8110 kun i NPR. Alvorlig blødning hadde estimert total forekomst på 2,5% totalt, 2,2% i MFR og 1,7% i NPR, PPV var 87,7% i MFR og 66,9% i NPR. Eklampsi og HELLP hadde estimert PPV på over 85 % i begge registre, men sensitivitet 53,3% for HELLP i MFR. For sepsis var estimert forekomst totalt 51/10000, kun 8.5/10 000 i MFR og estimert sensitivitet var 16,8%. MFR hadde lav sensitivitet ved organsvikt.

**Konklusjon.** Med noen unntak har verken MFR eller NPR data om alvorlige materielle komplikasjoner med tilstrekkelig kvalitet til bruk som grunnlag for statistikk, helseanalyser, kvalitetsforbedring av fødselsomsorgen eller forskning. Vi anbefalte rutinemessig innhenting av data fra NPR til MFR og fortløpende verifisering av et prioritert utvalg parametre.

## PO4 Kan 3D ultralyd bukes til å måle placentavolum? En studie av intrarater reliabilitet.

Sommerfelt S<sup>1,2</sup>, Halle T<sup>3</sup>, Eskild A<sup>1,2</sup>, Siafarikas F<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus. <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

**Introduksjon.** Kunnskap om placentavolum i svangerskapet kan være viktig for å identifisere fostre som har et dårlig intrauterint miljø. Stor eller liten placenta relativt til fosterets størrelse kan tyde på dårlig miljø. Tredimensjonal (3D) ultralyd er en ny metode for å måle placentavolum. Nye metoder i forskning og i klinikk forutsetter at lik undersøkelse av samme pasient gir samme resultat (høy reliabilitet). Vi studerte intra-rater reliabilitet for placentavolum ved bruk av 3D ultralyd.

**Metode.** Vi inkluderte 28 gravide kvinner med singleton svangerskap i 2. trimester. Gjennomsnittlig svangerskapslengde var 19+1 uker. Kvinnene ble undersøkt to ganger av samme undersøker med en GE Voluson ultralydmaskin. Ved hver undersøkelse ble det tatt et 3D-bilde av placenta. Etterpå ble hvert placenta-bilde manuelt avmerket (tracet) to ganger ved bruk av GE 4D-view software, som beregnet placentavolum på grunnlag av avmerkingen. Intra-rater reliabilitet ble estimert ved bruk av intraclass correlation coefficient (ICC) og Limits of agreement (LoA).

**Resultater.** Gjennomsnittlig placentavolum ved første tracing av det første og det andre placenta-bildet var henholdsvis 231,33 (SD 50,73) cm<sup>3</sup> og 226,30 (SD 71,66) cm<sup>3</sup>. ICC var 0,89 med nedre LoA på -70,98 og øvre LoA på 81,04.

Gjennomsnittsvolumet av begge tracingene av det første placenta-bildet var på 231,49 (SD 50,93) cm<sup>3</sup>, og gjennomsnittsvolumet var 229,30 (SD 64,81) cm<sup>3</sup> for det andre bildet. ICC var 0,92 med nedre LoA på -61,23 og øvre LoA på 65,61.

**Konklusjon.** Måling av placentavolum ved bruk av 3D ultralyd gir utmerket intra-rater reliabilitet. LoA var vide da placenta ble tracet første gang. LoA ble redusert ved bruk av gjennomsnittet av to tracinger per bilde.

## PO5 Operativt behandlet alvorlig postpartumblødning: Obstetriske prediktorer og hemodynamisk presentasjon

Skjongsberg Ane<sup>1</sup>, Goldstein Joachim<sup>1</sup>, Søvik Signe<sup>1,2</sup>, Ahmad Ashi S.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo; <sup>2</sup>Anestesi- og Intensivavdelingen, Akershus universitetssykehus; <sup>3</sup>Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus; <sup>4</sup>Kvinne- og Barneklivnikken, OUS, Rikshospitalet

**Bakgrunn:** Postpartumblødning (PPB) er potensielt fatalt og årsak til en femtedel av alle materielle dødsfall på verdensbasis. Insidensen øker i industrialiserte land.

Vi studerte kvinner som ble operativt behandlet for alvorlig PPB på Akershus universitetssykehus i perioden 2013 til 2016. Vi undersøkte om demografiske eller obstetriske karakteristika kan forutsi nødvendigheten av behandling på operasjonsstue ved alvorlig PPB. Vi studerte tegn på hemodynamisk instabilitet ved alvorlig PPB og evaluerte samsvar mellom transfusjonspraksis og publiserte retningslinjer.

**Metode:** Observasjonell, retrospektiv studie i en uselektert obstetrisk populasjon. Definisjon av alvorlig PPB: blodtap >1500 ml innen 24 timer etter førløsning. Kvinner med alvorlig PPB behandlet på operasjonsstue ble sammenlignet med de som ble behandlet på fødeavdelingen. Data ble samlet inn fra pasientjournaler. Statistisk analyse inkluderte Chi square test, Wilcoxon test og lineær regresjon. Verdier er medianer (range).

**Resultater:** Av 15013 fødsler hadde 410 pasienter (2,7%) PPB >1500 ml. 30% ble behandlet på fødestuen, 52% ble flyttet til operasjonsstuen for behandling etter vaginal førløsning, 18% hadde alvorlig PPB etter keisersnitt. Totalt blodtap: 2000 ml (1500–12300) i operasjonsgruppen, 1650 ml (1500–3000) i kontrollgruppen. Antepartum blødning, placentapatologi, induksjon, og langsom fremgang predikerte behandling på operasjonsstue. Hjertefrekvens og systolisk blodtrykk ved ankomst operasjonsstue varierte og hadde ingen sammenheng med estimert blodtap. Hypotensjon var hyppig peroperativt og relativt bradykardi like vanlig som takykardi. Ved massiv transfusjon var plasma:SAG ratio lavere enn anbefalt.

**Konklusjon:** Hjertefrekvens og blodtrykksmåling er alene ikke reliable mål for å forutsi alvorlighet av PPB. Det er mer verdifullt å følge sirkulatoriske trender hos enkeltpasienter.

## PO6 Svangerskapsdiabetes: forekomst, risikofaktorer – og enklere diagnostikk?

Toft, Johanne H.<sup>1,2</sup>, Dalen, Ingvild<sup>3</sup>, Skadberg, Øyvind<sup>4</sup>, Gøransson, Lasse G.<sup>5,6</sup>, Økland, Inger<sup>1</sup>, Bleskestad, Inger H.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, Stavanger universitetssykehus. <sup>2</sup>Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. <sup>3</sup>Forskningsavdelingen, Stavanger universitetssykehus. <sup>4</sup>Avdeling for medisinsk biokjemi, Stavanger universitetssykehus. <sup>5</sup>Medisinsk avdeling, Stavanger universitetssykehus. <sup>6</sup>Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen

**Bakgrunn:** Helsedirektoratet publiserte ny nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes våren 2017. Diagnostiske kriterier for fastende og to-timers glukose er endret. Alle gravide med økt risiko, for eksempel førstegangs fødende >25 år, anbefales å gjennomføre glukosebelastningstest (OGTT) i svangerskapsuke 24–28. Strenge kriterier, særlig for alder og BMI, gjør at anslagsvis 70 % av gravide blir definert med økt risiko. OGTT har lav reproduserbarhet, krever faste og er ressurskrevende. Det er ønskelig med enklere diagnostikk. Tall fra Medisinsk fødselsregister 2016 viser at 5,2 % hadde svangerskapsdiabetes. Trolig vil flere få diagnosen med ny retningslinje. Vi ville finne forekomsten av svangerskapsdiabetes i en uselektert populasjon av friske gravide. Samtidig ville vi undersøke om glykert albumin kan forenkle diagnostikken og predikere utfallet av OGTT, og dermed redusere fremtidig behov for glukosebelastningstest hos gravide. Målet er å etablere referanseintervall for glykert albumin i svangerskap. Delmål for studien er å kartlegge analytter av betydning for glykemisk kontroll.

**Metode:** Tverrsnittundersøkelse. Uselekterte førstegangs fødende >25 år ble forespurt om å delta i studien. OGTT ble gjennomført på Stavanger universitetssykehus (SUS) mellom svangerskapsuke 24 og 28. Glykert albumin vil bli analysert ved massespektrometri, som er en ny metode etablert ved SUS.

**Resultater:** 148 førstegangs fødende >25 år er inkludert. Foreløpige resultater viser forekomst av svangerskapsdiabetes hos 15 % av disse. Inkluderingen er nylig avsluttet og analysearbeidet starter nå. Risikofaktorer som alder, etnisitet, BMI og vektøkning i svangerskapet vil bli presentert sammen med prelimnære data for glykert albumin.

**Konklusjon:** Forekomsten av svangerskapsdiabetes er høyere enn antatt hos uselekterte førstegangs fødende >25 år.



## P07 Uteroplacentært glukoseopptak og føtalt glukoseforbruk: En kvantitativ studie i humane svangerskap

Michelsen, Trond M.<sup>1,2,3</sup> Holme, Ane M.<sup>2,4</sup> Holm, Maia B.<sup>2,4</sup> Roland, Marie C.<sup>2,3</sup> Haugen, Guttorm<sup>4,5</sup> Powell, Theresa L.<sup>1,6</sup> Jansson, Thomas<sup>1</sup> Henriksen, Tore<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Division of Reproductive Sciences, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, Colorado, USA. <sup>2</sup>Fødeavdelingen Rikshospitalet, Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus, Oslo, Norge. <sup>3</sup>Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus, Oslo, Norge

<sup>4</sup>Universitetet i Oslo, Oslo, Norge. <sup>5</sup>Avdeling for fostermedisin, Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus, Oslo, Norge. <sup>6</sup>Division of Neonatology, Department of Pediatrics, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, Colorado, USA

**Bakgrunn:** Mors glukosenivå og BMI er determinanter for føtal makrosomi, men deres forhold til føtalt glukoseforbruk er ikke godt undersøkt i humane svangerskap. Vi ønsket å kvantifisere uteroplacentært glukoseopptak og fordeling av glukose mellom placenta og foster, og å identifisere faktorer som påvirker føtalt glukoseforbruk.

**Metode:** Vi utførte en human in vivo studie i normale svangerskap der vi inkluderte 179 friske kvinner med planlagt keisersnitt. Blodstrøm (ml/min) i arteria uterina og vena umbilicalis ble målt med Doppler-ultralyd. Glukose og insulin ble målt i arteria radialis og vena uterina hos mor og i vena og arteria umbilicalis. I en subkohort (n=33) isolerte vi syncytiotrofoblastens basal- og mikrovilløse membran og bestemte ekspresjon av glukosetransportør 1 (GLUT1). Uteroplacentært glukoseopptak og placentært og føtalt glukoseforbruk ble kvantifisert ved Ficks prinsipp.

**Resultater:** Median (Q1, Q3) uteroplacentært glukoseopptak var 117.1 (59.1,224.9)  $\mu\text{mol} \cdot \text{min}^{-1}$ . Glukoseforbruket til foster og placenta var henholdsvis 28.9 (15.4,41.8)  $\mu\text{mol} \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{kg}$  foster<sup>-1</sup> og 51.4 (-65.8,185.4)  $\mu\text{mol} \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{kg}$  placenta<sup>-1</sup>. Fosterets glukoseforbruk var positivt korrelert med fødselsvekt (Spearman's rho 0.34, p<0.001) og med glukosegradienten over placenta. Maternell BMI var ikke relatert til føtalt eller placentært glukoseforbruk. Uteroplacentært glukoseopptak var korrelert med placentært (rho 0.77, p<0.001), men ikke med føtalt glukoseforbruk. Føtalt- og placentært glukoseforbruk var inverst korrelert (rho -0.47, p <0.001), men korrelerte ikke med placentær GLUT1-ekspresjon.

**Konklusjon:** Placentas glukoseforbruk er betydelig og reflekterer et høyt energibehov. Føtalt glukoseforbruk er nært relatert til glukosegradienten over placenta, hvilket kan indikere at fosteret selv regulerer hvor mye glukose placenta overfører.

**SAVE THE DATE** January 24th - 26th 2019 Copenhagen, Denmark

The 31st Bi-Annual Meeting of the Nordic Urogynecological Association (NUGA) and the Annual Meetings of the Danish Urogynaecological Society (DUGS)



Norsk kvinnelig inkontinensregister inviterer leger, uroterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter og sekretærer som er interessert i utredning og behandling av urininkontinens til



### Norsk kvinnelig inkontinensforum

Fredag 2. november 2018 Oslo universitetssykehus, Ullevål

Auditorium Kreftsenteret (bygg 11)

Møteleder Rune Svenningsen

10.55	Rune Svenningsen ønsker velkommen	
11.00	Nytteverdien av biofeedback ved bekkenbunnstrening	Signe Nilssen Stafne
11.25	Kvalitetsregistre og Forskning – Registerdata vs RCT	Vinjar Fønnebo (UiT)
11.45	TVT på poliklinikken Planlegging, prosedyrer, studentprosjekt 20 min Pre og postoperative obeservasjon 20 min + Diskusjon 5 min	Ingrid Volløyhaug Anita Vanvik
12.30	Pause	
12.45	Evaluation and indication for sling removal legal aspects – patient numbers	Suzy El-Neil (UK)
13.20	Produktinformasjon fra Astellas	
13.25	Produktinformasjon fra Contura	
13.30	Lunch	
	Møteleder Ingrid Volløyhaug	
14.30	Sling removal – surgical techniques	Suzy El-Neil (UK)
15.05	Nocturi og nocturnal polyuri	Marius Beiske
15.30	Produktinformasjon Ferring	
15.35	Praktisk tilnærming til bedre komplikasjonsregistrering	Kari Western
15.50	Diagnose og prosedyrekoder ved komplikasjoner	Rune Svenningsen
16.00	Kaffepause	
	Møteleder Anita Vanvik	
16.15	Informasjon fra NKIR: 1. Erosjonsrate og type slynge 2. Profylaktisk antibiotika TVT eller ikke?	Sigurd Kulseng-Hanssen
16.40	NKIR satsningsområde 2018	Dimoski/Kulseng-Hanssen
16.50	Møteslutt	

Deltagelse, mat ved ankomst, lunch og kaffe i pausene er kostnadsfritt. Ingen begrensning på antall deltagere fra hver avdeling. Vi ber om påmelding til møtet innen 15. september. Bindende påmelding med navn og profesjon på deltagerne skjer til Bjørg Tove Johansen, Kvinneklubben, Bærum sykehus [bjorg.tove.johansen@vestreviken.no](mailto:bjorg.tove.johansen@vestreviken.no) tlf 67809452



GEDEON RICHTER

# NÅ KAN PASIENTENE DINE IGJEN FÅ BEHANDLING MED ESMYA® 1

**Fortsatt samme legemiddel. Samme muligheter til å hjelpe dine pasienter.**

- Effekt på blødningskontroll innen 7 dager<sup>2-5</sup>
- Minskning av myomvolum<sup>2</sup>
- Vedvarende effekt på symptomene mellom kurene<sup>5\*</sup>

Vær vennlig å lese nye behandlingsanbefalinger<sup>1</sup>

Referenser:

1. Felleskatalogen for ESMYA® fra 26-07-2018. [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no)
2. Donnez J, Janusz Tomaszewski., Francisco Vázquez et al. New Engl J Med 2012;366(5):421–432.
3. Donnez J, Francisco Vázquez, Janusz Tomaszewski, et al Fertil Steril. 2014 Jun;101(6):1565–1573.
4. Donnez J, Janusz Tomaszewski., Francisco Vázquez et al. N Engl J Med 2012;366:409–20.
5. Donnez J, Olivier Donnez, Dace Matule, et al. Fertil Steril. 2016 Jan; 105 (1):165–173.

\* blødninger, trykksmerte, vannlatingsstrang, trettthet

**ESMYA «GEDEON RICHTER» Progesteronreseptormodulator.** ATC-nr.: G03X B02. Reseptgruppe C. Reseptbelagt preparat. Kan forskrives på blå resept. **TABLETTER 5 mg; Hver tablett inneh.:** Ulipristalacetat 5 mg, mannitol, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** En behandlingskur ved preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos voksne kvinner i fertil alder. Intermitterende behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos voksne kvinner i fertil alder som ikke er aktuelle for kirurgi. **Dosering:** Behandlingen skal innledes og overvåkes av lege som har erfaring med diagnose og behandling av uterusmyomer. **Voksne:** 1 tablett 1 gang daglig i behandlingsregimer på inntil 3 måneder hver. Behandlingene skal startes når menstruasjon har inntruffet. Det 1. behandlingsregimet skal startes i den 1. uken av menstruasjonen. Etterfølgende behandlingsregimer skal starte tidligst under den 1. uken av den andre menstruasjonen etter at det forrige behandlingsregimet er fullført. Behandlende lege skal fortelle pasienten om behovet for behandlingsfrie perioder. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 4 intermitterende behandlingsregimer. **Glemt dose:** Ved glemt dose, bør pasienten ta tablett så snart som mulig. Hvis dosen ble glemt i >12 timer, bør pasienten ikke ta den glemte dosen, men heller gjenoppta normal doseringsplan. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Se Kontraindikasjoner og Forsiktighetsregler. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering anbefalt ved mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Pga. manglende studier anbefales ikke bruk ved kraftig nedsatt nyrefunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. **Barn og ungdom:** Ikke relevant for bruk. Sikkerhet og effekt kun fastslått for kvinner >18 år. Administrering: Skal svelges med vann. Kan tas med eller uten mat, men grapefrukt/grapefruktjuice skal unngås. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Graviditet og amming. Genital blødning av ukjent etiologi eller av andre årsaker enn uterusmyomer. Kreft i livmor, livmorhals, eggstokker eller bryster. Leversykdom. **Forsiktighetsregler:** Ulipristalacetat skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. Graviditet skal utelukkes før behandling. **Prevensjon:** De fleste kvinnene som tar en terapeutisk dose av ulipristalacetat har anovulasjon, likevel anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode under behandlingen. **Endometrieendringer:** Ulipristalacetat har spesiell effekt på endometrium, og endringer i histologien til endometrium kan oppstå. Endringene er reversible etter seponert behandling. Disse histologiske endringene kalles PAEC («Progesterone Receptor Modulator Associated Endometrial Changes»), og må ikke forveksles med endometriehyperplasi. I tillegg kan en reversibel økning av endometriets tykkelse oppstå under behandling. Ved gjentatt intermitterende behandling anbefales periodisk overvåkning av endometrium. Dette omfatter årlig ultralyd som skal utføres etter tilbakevendt menstruasjon i en behandlingsfri periode. Hvis det oppdages endometriefortykkelse som vedvarer etter tilbakevendt menstruasjon i en behandlingsfri periode eller >3 måneder etter avsluttede behandlingsregimer, og/eller endret blødningsmønster oppdages, bør det utføres en undersøkelse som omfatter biopsi av endometrium, for å utelukke andre underliggende sykdommer, deriblant endometriell malignitet. Ved hyperplasi (uten atypi) vil overvåkning ifølge normal klinisk praksis (f.eks. en oppfølgende kontroll 3 måneder senere) være anbefalt. Ved atypisk hyperplasi bør det utføres undersøkelser og kontroller ifølge normal klinisk praksis. Behandlingsregimene skal ikke overskride 3 måneder hver, siden risikoen for negative effekter på endometrium er ukjent hvis behandlingen fortsettes uten avbrudd. **Blødningsmønster:** Pasienten skal informeres om at ulipristalacetatbehandling normalt fører til en signifikant reduksjon i blodtap under menstruasjon eller amenoré innen de første 10 behandlingsdagene. Hvis de kraftige blødningene vedvarer, må pasienten underrette lege. Menstruasjonen vender normalt tilbake innen 4 uker etter hvert avsluttet behandlingsregime. Hvis, under gjentatt intermitterende behandling, etter den innledende reduksjonen av blødning eller amenoré, det oppstår et endret vedvarende eller uventet blødningsmønster, som intermenstruell blødning, bør det utføres en undersøkelse av endometrium, herunder endometriebiopsi, for å utelukke andre underliggende tilstander, deriblant endometriell malignitet. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 4 intermitterende behandlingsregimer. **Nedsatt nyrefunksjon:** Forventes ikke å signifikant endre eliminasjonen av ulipristalacetat, se Dosering. Nedsatt leverfunksjon: Før behandlingsstart må det tas leverfunksjonsprøver. Behandlingen skal ikke startes hvis transaminaser (ALAT eller ASAT) ligger over 2 x ULN (isolert eller i kombinasjon med bilirubin >2 x ULN). Under behandlingen må det tas leverfunksjonsprøver hver måned i løpet av de 2 første behandlingsregimene. Ved senere behandlingsregimene, må leverfunksjonen testes 1 gang før hvert nytt behandlingsregime og når klinisk relevant. Hvis en pasient under behandlingen viser tegn eller symptomer som samsvarer med leverskade (utmattelse, asteni, kvalme, oppkast, smerte i høyre hypokondrium, anoreksi, gulsott), bør behandlingen stoppes og pasienten undersøkes umiddelbart, og det bør tas leverfunksjonsprøver. Pasienter som utvikler transaminasenivåer (ALAT eller ASAT) >3 x ULN under behandling, bør seponere behandlingen og observeres nøye. I tillegg bør leveren testes 2-4 uker etter seponering. **Astmapasienter:** Bruk ved alvorlig astma som ikke kontrolleres tilstrekkelig med perorale glukokortikoider, anbefales ikke. **Bilkjøring og bruk av maskiner:** Preparatet kan ha liten påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner siden det er sett mild svimmelhet etter

inntak. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ulipristalacetat har en steroidstruktur og fungerer som en selektiv progesteronreseptormodulator med hovedsakelig hemmende effekter på progesteronreseptoren. Hormonelle prevensjonsmidler og progestagener vil derfor trolig føre til redusert effekt av ulipristalacetat pga. en konkurrerende virkning på progesteronreseptoren. Samtidig bruk av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Etter samtidig bruk av den potente CYP3A4-hemmeren ketokonazol (400 mg 1 gang daglig i 7 dager) til friske frivillige, øker C<sub>max</sub> og AUC for ulipristalacetat hhv. 2 og 5,9 ganger; AUC for aktiv metabolitt av ulipristalacetat øker 2,4 ganger, mens C<sub>max</sub> for aktiv metabolitt reduseres (0,53 gangers endring). Ingen dosejusteringer anses å være nødvendige ved bruk til pasienter som samtidig får milde CYP3A4-hemmere. Samtidig bruk av moderate eller potente CYP3A4-hemmere anbefales ikke. Samtidig bruk av den potente CYP3A4-induktoren rifampicin (300 mg 2 ganger daglig i 9 dager) til friske frivillige reduserer betydelig C<sub>max</sub> og AUC for ulipristalacetat og dens aktive metabolitt med 90% eller mer, og reduserer t1/2 til ulipristalacetat 2,2 ganger (tilsvarende en ca. 10 gangers reduksjon av eksponering for ulipristalacetat). Samtidig bruk av potente CYP3A4-induktorer, anbefales ikke. Ulipristalacetat kan forstyrre virkningen til hormonelle prevensjonsmidler (rent progestagen, progestagenfrisettende antikonsepsjon (spiral) eller kombinasjonspiller) og progestagen administrert av andre årsaker. Samtidig bruk av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Legemidler som inneholder progestagen skal ikke tas <12 dager etter seponert behandling med ulipristalacetat. Se også Graviditet, amming og fertilitet. In vitro-data indikerer at ulipristalacetat kan være hemmer av P-gp ved klinisk relevante konsentrasjoner i den gastrointestinale veggen under absorpsjon. Samtidig bruk av ulipristalacetat og et P-gp-substrat er ikke undersøkt, og interaksjon kan ikke utelukkes. Resultater in vivo viser at ulipristalacetat (administrert som 1 enkel 10 mg tablett) 1,5 time før bruk av P-gp-substratet feksofenadin (60 mg) ikke har noen kliniske relevante effekter på farmakokinetikken til feksofenadin. Det anbefales derfor at samtidig bruk av ulipristalacetat og P-gp-substrater (f.eks. dabigatranetiksilat, digoksin, feksofenadin) utføres med minst 1,5 timers mellomrom. **Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Kontraindisert under graviditet. Se også Interaksjoner. Selv om størsteparten av kvinnene som tar en terapeutisk dose av ulipristalacetat har anovulasjon, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode under behandlingen. **Amming:** Kontraindisert under amming. Ulipristalacetat og dens aktive mono-N-demetylerede metabolitt utskilles i brystmelk med et gjennomsnittlig AUC<sub>0-24</sub> melk:plasma-forhold på 0,74±0,32 for ulipristalacetat. Effekten på nyfødte/spedbarn er ikke undersøkt. Risiko for nyfødte/spedbarn kan derfor ikke utelukkes. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥ 1/10):** Kjønnsganer/bryst: Amenoré, endometriefortykkelse. **Vanlige (≥ 1/100 til < 1/10):** Gastrointestinale: Smarter i abdomen, kvalme. Hud: Akne. Kjønnsganer/bryst: Hetetokter, bekkensmerter, ovariecyste, ømhet/smerter i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Smarter i muskler og skjelett. Nevrologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. Øre: Vertigo. Øvrige: Trettthet. **Mindre vanlige (≥ 1/1000 til < 1/100):** Gastrointestinale: Munn tørrhet, konstipasjon. Hud: Alopeci, hyperhidrose, tørr hud. Immunsystemet: Legemiddeloverfølsomhet. Kjønnsganer/bryst: Metroragi, genital utflod, ubehag i brystene, uterin blødning. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter. Nevrologiske: Svimmelhet. Nyre/urinveier: Urininkontinens. Psykiske: Angst, emosjonell forstyrrelse. Undersøkelser: Forhøyede blodtriglyserider, forhøyet blodkolesterol. Øvrige: Asteni, ødem. **Sjeldne (≥ 1/10 000 til < 1/1000):** Gastrointestinale: Dyspepsi, flatulens. Kjønnsganer/bryst: Oppsvulmede bryster, ruptert ovariecyste. Luftveier: Epistakse. Ukjent frekvens: Hud: Angioødem. Lever/galle: Leversvikt. **Overdosering/Forgiftning:** Begrenset erfaring med overdosering. Enkelt doser på opptil 200 mg og døgndoser på 50 mg i 10 etterfølgende dager ble brukt hos et begrenset antall personer, og ingen alvorlige bivirkninger ble rapportert. Se Giftinformasjonen anbefalinger for ulipristalacetat G03A D02 på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no). **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser (pr. 16.08. 2018):** 28 stk. 1 (blister) kr 1393,30. **SPC godkjent av SLV:** 26.07.2018. **Refusjon:** 1. G03X B02\_1. **Ulipristal. Refusjonsberettiget bruk:** En sykhusvarighet preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos kvinner i fertil alder som ikke er aktuelle for kirurgi.

**Refusjonskode:**

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
X78 Godartet svulst i livmor	239	D25 Leiomyom i livmor	239
	240		240

**Vilkår:** Vilkår 239: Ved intermitterendebehandling skal det journalføres at pasient ikke er aktuell for kirurgi. Vilkår 240: Behandlingen skal være instituert av spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet. **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Gedeon Richter Plc., Gyömrői út 19-21., 1103 Budapest, Ungarn.



GEDEON RICHTER

Stockholm, Sweden. Tel: +46 8 611 24 00

esmya® 5mg  
Ulipristalacetat

# Årsrapport 2017

## NGF

Styret har bestått av Marit Lieng (leder), Stine Andreassen (nestleder), Nils Halvdan Morken (vitenskapelig sekretær), Arild Kloster-Jensen (PSL) (kasserer), Ingrid Volløyhaug og Malin Dögl (FUGO) (sekretær). Varamedlemmer: Hans Kristian Opøien, Åsle Marit Ullern (PSL) og Renee Beate Waage (FUGO).

NGF hadde (pr. desember 2017) 1143 medlemmer. I tillegg hadde vi 11 assosierte medlemmer. Av våre medlemmer var 761 (66 %) kvinner og 382 (34 %) menn. 315 av våre medlemmer (28 %) var ikke spesialister. Av disse var 271 (86 %) kvinner og 44 (14 %) menn.

Det ble avholdt seks styremøter: Tre i Oslo (februar, april og november), ett i Bodø (juni), ett i Trondheim (august) og ett i Sola (i forbindelse med Årsmøtet i oktober). Våre nye redaktører av året, Jenny Alvirovic (Gynekologen) og Tina Tellum (nettredaktør) møtte i en del av styremøtene.

Styret behandlet 14 nye saker, i tillegg til saker som ikke var ferdig behandlet fra foregående år. I tillegg hadde styret relevante orienteringssaker fra HDir, Legeforeningen, NFOG, AOGS, FIGO, EBCOG, FUGO og PSL fast på agendaen på hvert styremøte. Styret er representert i EBCOG, NFOG (både NFOG board og NFOG Scientific Committee) og NFGO. Leder i spesialitetskomiteen (Jeanne Mette Goderstad), leder av FUGO (Thea Falkenberg Mikkelsen) og leder av kvalitetsutvalget (Anne Cecilie Hallqvist) var tilstede ved styremøtet for diskusjon av relevante saker. I tillegg hadde vi besøk fra Legeforeningen for informasjon om pilotprosjektet vedr. unødvendig testing/medikamentelt overforbruk. Medlemmer fra styret deltok også sammen med kapittelforfatterne i en telefonkonferanse med HDir vedr. revisjon av abortkapitlet i veilederen.

**Ny struktur for spesialistutdanningen** var en omfattende og viktig sak også i 2017. Styret samarbeidet godt med både spesialitetskomiteen og FUGO i denne saken.

**Intimkirurgi** var i vinden også i 2017. Styret forfattet sammen med Norsk Plastikkirurgisk Forening en felles uttalelse vedrørende intimkirurgi som ble sendt til Legeforeningen og HDir.

**Valg av HPV-vaksine til screeningprogrammet** NGF deltok i debatten rundt dette temaet og var i dialog med Kreftregisteret, Helse Sør-Øst, Folkehelseinstituttet og HDir angående både valg av vaksine og prosessen ved dette valget.

**Elektronisk arkiv** for NGF ble videre implementert, oppdatert og tatt i bruk.

Både **Nettsiden** og **Gynekologen** fikk nye redaktører i 2017 noe som medførte revisjon og fornyelse av begge deler, og NGF kom (omsider) på **Facebook** med egen lukket FB-gruppe.

### NGF som høringsinstans

Styret mottok 30 høringer i løpet av 2017. Alle ble vurdert og det ble skrevet høringsvar til alle høringene som styret fant relevante (16). De viktigste var to høringer som omhandlet læringsmål i den nye strukturen for spesialistutdanning. Disse høringsvarene ble utarbeidet i samarbeid med spesialitetskomiteen og FUGO. Andre relevante høringer var høringen om organisering og styring av spesialisthelsetjenesten i fremtiden og høringen om endringer i abortforskriften (reduksjon av antall primærnemnder).

NGF har deltatt og bidratt ved en rekke fagmøter/kongresser. Representanter fra styret i NGF har blant annet deltatt ved:

- legeforeningens lederseminar for ledere av legeforeningens foreningsledd i januar
- Legeforeningens konferanser vedrørende ny struktur for spesialistutdanningen i februar og mai
- Informasjonsmøte møte angående BRCA-testing og konsekvenser av kirurgisk behandling arrangert av Legeforeningen
- FAME "Organisering av den fagmedisinske aksens i Legeforeningen" i november
- Workshop for prosjektet "Chosing Wisely" i regi av Legeforeningen

### NGF's Årsmøte på Sola, Stavanger.

Årets store høydepunkt. Årsmøtet var godt besøkt, både av deltakere og industri. Det faglige og sosiale programmet var av høy kvalitet, og tilbakemeldingene etter årsmøtet var udelt positive.

NGF medlemmer oppnevnt verv og som foredragsholdere Agnethe Lund landsstyrerepresentant og vararepresentant i Legeforeningens sentralstyre. Cecilie Hagemann medlem i sakkyndig komite for smertemedisin. Christian Tappert og Heidi Thornhill medlemmer i Referansegruppe for nasjonal overvåking av infeksjoner i operasjonsområdet (NOI-POS).

Ameli Tropé og Jörg Kessler inviterte foredragsholdere i Nordiske (NFOG) seksjoner under FIGO 2018.

Jone Trovik norsk redaktør av planlagt Nordisk elektronisk lærebok (NFOG)

### NGF og media

NGF får en rekke henvendelser fra media, og styret forsøkte å bevare så mange av dem som mulig. Styrets pressekontakt (Stine Andreassen) tok seg av de fleste henvendelsene på vegne av styret.

Om styret ikke har tilstrekkelig faglig spisskompetanse, ber vi om hjelp fra medlemmer som har nødvendig kompetanse. I 2017 omhandlet henvendelsene fra media blant annet intimkirurgi, eggdonasjon, reduksjon av antall abortnemnder, BRCA, keisersnittfrekvens, HPV-vaksine, kreftfare ved bruk av tamponger, trombose i placenta og spontanaborter, takstbruk hos avtalespesialister og bruken av ordet "skjedekrans".

Styret håper med sitt arbeid i 2017 å ha representert medlemmene og fremmet vårt fag på en god måte.

På vegne av NGF styret.

*Marit Lieng*  
Leder NGF 2016-2017



# Regnskap **NGF** 2017

Aktivitetsregnskap			
Norsk Gynekologisk Forening			
	Note	2017	2016
<b>Ansaffede midler</b>			
Medlemsinntekter		283 487	130 958
Kontingenter DNLF	4	654 777	647 925
Tilskudd	4	93 609	20 000
<b>Sum ansaffede midler</b>		<b>1 031 873</b>	<b>818 883</b>
<b>Aktivitet som oppfyller formålet</b>			
Kursinntekter	5	577 150	525 300
<b>Sum aktivitet som oppfyller formålet</b>		<b>577 150</b>	<b>525 300</b>
<b>Aktivitet som skaper inntekter</b>			
Antosser	5	424 000	279 800
Standleie	5	637 000	533 000
<b>Sum aktiviteter som skaper inntekter</b>		<b>1 061 000</b>	<b>812 800</b>
<b>Finansinntekter</b>			
	2	73 139	93 258
<b>Sum ansaffede midler</b>	10	<b>2 742 362</b>	<b>2 250 301</b>
<b>Forbrukte midler</b>			
<b>Kostnader til formålet</b>			
Produksjonskostnader (tidsskrift)		429 800	224 841
Kurs og konferanser		1 244 936	1 005 435
Internasjonalt arbeid		504 109	604 525
Faglig arbeid		298 045	234 759
<b>Sum kostnader til formålet</b>	2, 3, 7	<b>2 476 890</b>	<b>2 069 560</b>
<b>Administrasjonskostnader</b>			
	2, 3, 7	367 649	410 162
<b>Sum forbrukte midler</b>	2, 10	<b>2 844 539</b>	<b>2 479 722</b>
<b>Årets aktivitetsresultat</b>		<b>-97 176</b>	<b>-229 422</b>
<b>Overføringer til/fra formålkapital (egenkapitalen)</b>			
Avsatt til/fra 9% formålkapital		-97 176	-229 422
<b>Sum overføringer</b>	6	<b>-97 176</b>	<b>-229 422</b>

Balanse			
Norsk Gynekologisk Forening			
	Note	2017	2016
<b>Eksterne</b>			
<b>Fordringer</b>			
Kundefordringer		5 661	22 828
Andre kortsiktige fordringer		346 250	173 137
<b>Sum fordringer</b>		<b>351 911</b>	<b>195 965</b>
Banksikringskostnader o.l.	9	1 804 470	1 900 888
<b>Sum utenomsmidler</b>		<b>2 156 381</b>	<b>2 096 853</b>
<b>Sum eksterne</b>		<b>2 156 381</b>	<b>2 096 853</b>
<b>Formålkapital og gjeld</b>			
<b>Formålkapital</b>			
9% formålkapital	6	1 661 787	1 758 966
<b>Sum oppført formålkapital</b>		<b>1 661 787</b>	<b>1 758 966</b>
<b>Gjeld</b>			
Kortsiktig gjeld		90 140	199 159
Leverandørgjeld		103 314	54 335
Skyldig offentlig avgifter		301 139	84 392
Andre kortsiktig gjeld	8	494 894	337 887
<b>Sum kortsiktig gjeld</b>		<b>989 487</b>	<b>675 773</b>
<b>Sum formålkapital og gjeld</b>		<b>2 156 381</b>	<b>2 096 853</b>

Oslo, 30.08.2018  
Styret i Norsk Gynekologisk Forening

Nils-Harald Strøm  
styreleder

Solveig Andersen  
nestleder

Hans Christian Spjæren  
kasserer

Kirsten Hald  
styremedlem

Jegvild Skårum Håmestad  
styremedlem

Anders Einum  
styremedlem



Gynstoler med integrert HD kolposkop, setevarme og forhåndsprogrammerte innstillinger, til stoler som i noen håndgrep kan endres til undersøkelsesbenk. Også disse med elektrisk løft, tilt og rygg.



Neo Safe T CU 380 og CU 380 mini Kobberspiral. Enkel å sette inn og meget prisgunstig!



Gynekologiske instrumenter



**medero**  
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71  
epost: [ordre@medero.no](mailto:ordre@medero.no)

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



# Årsrapport NFOG 2017

## Kjære medlemmer av NGF og NFOG

Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG) er sammenslutningen av de nasjonale foreningene for obstetrikere og gynekologer i Norden. Individuelle medlemmer i de nasjonale foreningene blir automatisk medlem av NFOG. Foreningen har som mål å fremme vitenskapelig og praktisk samarbeid mellom obstetrikere og gynekologer i de nordiske landene. Foreningen har hatt stabil medlemsmasse de siste årene. I 2017 hadde NFOG 5196 betalende medlemmer (DSOG Danmark: 1013, SGY Island: 65, FIFK Finland 858, NGF Norge: 1125 og SFOG Sverige: 2135). Årskontingent pr medlem er 250,- danske kroner (Dkr) pr år.

## AOGS

Ut over medlemskontingenten, får NFOG sin hovedinntekt fra Acta Obstetrica og Gynecologica Scandinavica (AOGS). Tidsskriftet eies av NFOG, men styres av separate vedtekter. Med Ganesh Acharya som sjefsredaktør har AOGS økt sin akademiske anseelse. AOGS Impact factor i 2017 var 2.649. Dette er det høyeste resultatet i tidsskriftets historie for andre år på rad. AOGS arbeider kontinuerlig med å øke kvaliteten på tidsskriftet og søker nå mer internasjonalt samarbeid. Flere redaksjonsmøter er derfor avholdt utenfor Norden, blant annet i Oxford (2017) og London (2018). AOGS har rekruttert gode internasjonale redaktører de siste årene. Anthony Odibo ble ansatt som assisterende sjefsredaktør i januar 2017. Han sluttet dessverre allerede etter ett år i stillingen for å bli sjefredaktør i Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Etter en ny og grundig prosess ble Amarnath Bhide (London, UK) ansatt som assisterende sjefsredaktør i AOGS fra januar 2018. I tillegg har Prakesh S Shah (Toronto, Canada) blitt ansatt som International Associate Editor i AOGS fra 2018.

## NFOG Kongresser: Odense 2018 og Reykjavik 2021

NFOG arrangerer primært sine kongresser i juni hvert andre år. NFOG har i 2017 samarbeidet godt med den lokale organisasjonskomité i planleggingen av den 41. NFOG kongressen i Odense 10-13. Juni 2018. Kongressen ble meget vellykket, var godt organisert og med over 800 deltagere. Fullstendig omtale av kongressen kommer i NFOG årsrapport for 2018. NFOG er allerede i gang med å planlegge sin 42. kongress, som avholdes i Reykjavik 13-16. Juni 2021. Hold av datoer allerede nå.

## NFOG Fondet

NFOG etablerte NFOG fondet i 2010. Foreningen tildeler midler til sine medlemmer to ganger i året fra dette fondet. Ved utgangen av 2017 var NFOG Fund på ca 4.2 millioner Dkr. Søknadsfrist til fondet: 1. mars og 1. oktober hvert år. Detaljert informasjon om søknadsrutiner ligger tilgjengelig på [nfog.org/fund/applications](http://nfog.org/fund/applications).

## NFOG komiteer

Hovedfunksjonen til NFOG Scientific Committee (SC) i år uten NFOG kongress er å vurdere søknadene til NFOG fondet og foreslår tildeling. I 2017 besøkte Scientific Committee NCOG Consortium i Amsterdam for å lære fra deres forskningssamarbeid for å kunne etablere liknende samarbeid i de nordiske landene. Educational committee arrangerte ikke kurs i 2017. Neste planlagte NFOG kurs blir i Stockholm 25-26. april 2019. Guideline

committe har i 2017 arbeidet med å slutføre NFOG guideline om bruk av progesteron for å forhindre preterm fødsel. Arbeidet med prosedyren har vært krevende og er ikke ferdigstilt. Neste NFOG guideline som skal utarbeides er på endometriose.

## FIGO

NFOG har i 2017 planlagt arrangementet med to nordiske symposier under FIGO kongressen i Rio i oktober 2018. De to nordiske sesjonene heter «How to maintain low caesarean section rates» og «How to avoid cancer».

## Nordisk elektronisk tekstbok

Styret i NFOG innvilget i 2017 midler til et forprosjekt for en nordisk e-lærebok i gynekologi og obstetrikk for medisinstudenter. Det endelige prosjektet har en etableringskostnad på ca 1 million Dkr og med driftsutgifter ca 100.000,- Dkr pr år. Det har vært stor diskusjon i styret mellom de ulike nordiske landene om hvordan et slikt prosjekt skal finansieres. Planen var at prosjektet skulle presenteres og endelig godkjennes på NFOGs generalforsamling i 2018. (Tillegg: Generalforsamlingen 2018 besluttet å utsette endelig beslutning om tekstboken til en ekstraordinær generalforsamling i 2019)

## Økonomi

NFOG har en sund og god økonomi. Regnskap og budsjett i NFOG godkjennes og vedtas på NFOG Generalforsamling for to år om gangen. Resultatregnskapet for NFOG i 2016 og 2017 var henholdsvis +595.345,- og +233.611,- Dkr. (Regnskapet ble godkjent på generalforsamlingen 2018). I henhold til NFOGs statutter tilføres 2/3 av overskudd i foreningen tilbake NFOG fondet.

Fullstendige referat fra NFOG styremøter, årsrapport og generalforsamling er tilgjengelig for nedlasting: [nfog.org/about-us/meeting-minutes/#](http://nfog.org/about-us/meeting-minutes/#)

## NFOG styrets sammensetning i 2017:

President: Karen Reinhold Wøjdemann, Denmark. Secretary General: Maija Jakobsson, Finland. Treasurer: Espen Berner, Norway. National Representatives: Seija Grenman (SGY), Andreas Herbst (SFOG), Thomas Larsen (DSOG), Marit Lieng (NGF), Alexander Smáráson (FIFK)

Other members of the board: Ganesh Acharya, Norway (AOGS Chief Editor); Ulrik Schiøler Kesmodel, Denmark (Scientific Committee Chairman); Bjarne Rønde Kristensen, Denmark (President of NFOG 2018); Katrin Kristjánsdóttir, Iceland (Educational Committee Chairman); Lars Ladfors (Webmaster); Elisabeth Frederika Rosen, Denmark (NFYOG); Niels Ulbjerg, Denmark (Guidelines Committee Chairman);

*Espen Berner*

*Treasurer NFOG*

*Oslo 1.9 2018*

# Årsrapport 2017 Endoskopiutvalget

Endoskopiutvalget har i 2018 bestått av følgende personer:

Klaus A. Oddenes (leder), Haugesund Sjukehus  
Stine Andreassen, Nordlands sykehuset  
Guri Majak, Oslo Universitetssykehus  
Anne Veddeng, Haukeland Universitetssykehus  
Marianne Omtvedt FUGO representant  
Jelena Kusic, Oslo Universitets sykehus

Endoskopi utvalget har følgende mandat

## Fremme endoskopisk kompetanse blant norske gynekologer gjennom:

- Arrangere kurs i gynekologisk endoskopi
- Være en pådriver for registrering i Lapraskopiregisteret
- Være rådgiver i høringsuttalelser for Norsk Gynekologisk Forening
- Anbefale trening og simulatoropplegg i endoskopiske teknikker
- Samarbeide med nasjonale og internasjonale foreninger (f.eks FUGO,ESGE,Nordisk Endoskopi forening)

## Formøte

Vi har ettehver etablert en fin tradisjon med formøter i forbindelse med NGF sitt årsmøtet. Disse møtene har vært godt besøkt og holdt en høy faglig standard. På møtet på Sola i fjor hadde vi engasjerende foredrag av Anne Veddeng, Jelena Kusic og Marianne Omtvedt.

På årets møte i Oslo har vi invitert Francis og Gunter Noé. Du vil få presentert to nye metoder av internasjonalt anerkjente operatører.

På årets møte i Oslo kan vi friste med to svært engasjerende forelesere med spennende temaer.

Francis Gardener fra Portsmouth UK vil snakke om sine erfaringer med intrauterin morcellering av polypper og myomer. Han vil snakke både om selve inngrepet og hvordan dette er organisert som en poliklinisk prosedyre.

Vi får også besøk fra Tyskland. Günter Noé vil presentere sin prosedyre for laparoskopisk pectopexi. Han har vært med å utvikle nett som festes anatomisk litt anderledes enn den til nå mest brukte metoden i Norge. Resultatene til nå er svært lovende, med redusert forekomst av tarmproblematikk etter inngrepet.

Så hjertelig velkommen til Endoskopiutvalgets formøte 24. oktober kl 17.30. Du vil ikke angre!

## Kurs

Endoskopiutvalget har holdt 2 kurs i løpet av det siste året. I desember 2017 hadde vi et to dagers kurs på Haukeland Universitets sykehus. Temaet var endoskopisk adnexkirurgi. Vi hadde da en dag med teori og en dag med praktiske øvelser på gris. Slike kurs koster betydelig mer i utlandet så dette var en fantastisk mulighet for LiS og yngre overleger til å teste ut nytt utstyr og teknikker. Vi planlegger å holde nytt kurs i 2019, så følg med i kurskatalogen.

I mai 2018 arrangerte vi det etterhvert tradisjonelle to dagers introduksjonskurset i gynekologisk endoskopi på Ullevål Sykehus. Kurset var godt besøkt og tilbakemeldingene var gode.

## Boksen går.

Fugo starter i høst sin kampanje Boksen Går. Denne skal standardisere og kvalitets sikre at LiS får tilgang til å øve på endoskopiske ferdigheter på simulator. Ved å delta får avdelingen din et ferdig sertifiserings program som LiS kan følge før de kommer på operasjons stuen. Jeg vil her berømme arrangørene som har lagt ned betydelig arbeid i å forberede et detaljert og konkret øvingsprogram. Jeg vil på det sterkeste oppfordre alle avdelinger til å delta i dette programmet. Jeg tror vil løfte kvaliteten i endoskopi opplæringen betydelig.

Endoskopi utvalgets medlemmer er aktive både som arrangør og veiledere siden av prosjektet.

## Nytt medlem

Jelena Kusic trekker seg nå og vi vil takke henne for den innsats hun har lagt ned. Nytt medlem er Jenny Alvirovic, Oslo Universitets sykehus. Hjertelig velkommen til henne.

Til slutt vil jeg nok en gang minne om vårt formøte onsdag 24. oktober kl 17.30

Vel møtt!

*Klaus A. Oddenes*

*Leder*

*NGF's Endoskopi utvalg*



# Årsrapport 2017

## NFGO - Norsk forum for gynekologisk onkologi

### Møter

- 2 arbeidsseminar og 7 styremøter (5 Lync-møter, 2 ved arbeidsmøte)
- 2 medlemsmøter; Onkologisk forum-NFGO's faggruppesesjon, NFGO-formøte ved årsmøtet i NGF.

### Fagarbeid:

#### Arbeid med Nasjonale Handlingsprogrammer.

Nasjonale Handlingsplan for Gynekologisk cancer ble publisert på Helsedirektoratets nettsider 20.09.2016. Det er dannet nye arbeidsgrupper som reviderer hvert kapittel. Fagpersoner fra de ulike Helseforetakene er representert i de forskjellige sykdomsgruppene. Det er også dannet en egen gruppe som reviderer strålebehandling for cervix cancer. De vil senere strålebehandling ved vulvacancer og endometriecancer.

Kapitlene Endometriehyperplasi og Borderline tumores er nå innsendt til Helsedirektoratet. Ovarialcancer og vulvacancer vil sluttføres ila høsten.

**Nasjonalt gyn kreftregister.** Det sendes ut årlig rapport fra Kreftregisteret. Leder i NFGO og styremedlemmer er representert i faggruppe som vurderer dataene i Kreftregisteret. Det er også dannet en egen faggruppe som har arbeidet med ny elektronisk klinisk meldeskjema for cervix cancer. Dette ferdigstilles høsten 2018. Elektronisk meldeskjema for ovarial cancer vil revideres neste år. Leder er Torbjørn Paulsen.

#### Avholdte møter:

Styret i NFGO har hatt ansvaret for det faglige innholdet på formøtet på Norsk Gynekologisk forenings årsmøte i Stavanger 25/10-17. Temaet var benigne myomer og sarkom. Det var også gjennomgang av nytt endometriehyperplasi kapitlet.

Onkologisk forum foregikk i Oslo 16-17.november. Styret i NFGO var ansvarlig for det faglige programmet på gyn sesjonen, der temaet var Årsrapport Kreftregisteret, Sentinel node i Norge, samt presentasjon av forskningsprosjekter (Image-guided surgery, Euracan (rare tumores) og oppfølging etter kreftbehandling).

I tilknytning til ESGO (European Society of Gynecologic Oncology) møtet i Wien arrangerte NFGO Norsk Aften den 06.11.17. Det ble gitt en oppsummering av temaer fra kongressen med påfølgende diskusjon.

Tema som har vært til orientering, diskusjon og vedtak Ved SGO (Society of Gyn.Oncology) møtet i mars ble det presentert preliminnære resultater fra en prospektiv randomisert studie som viste dårligere overlevelse hos kvinner med tidlig stadium cervix cancer som ble operert med minimal invasiv kirurgi versus laparotomi. Inntil nye studier foreligger vil man være mer restriktiv med å tilby MIS til denne pasienten gruppen og informere pasienten nøye. Det planlegges nasjonal innsamling av data på tidlig cervix cancer for å undersøke om nasjonale data underbygger studien, eller ikke. Søknad er sendt til REK.

Studier har vist overlevelsesgevinst ved kombinasjon av bevacizumab med kjemoterapi ved avansert livmorhalskreft og tilbakefall ved livmorhalskreft. Beslutningsforum for nye metoder godkjente ikke i 2016 søknaden om innføring av bevacizumab for disse indikasjonene. Det ønskes en ny vurdering. Ny søknad sendes til Beslutningsforum.

ESGO utdanningskandidater innen Gynekologisk Onkologi blir ikke prioritert ved tildeling av kursplass for kurs i onkologi. Det er sendt mail til Koordinator kontor med forespørsel om at disse kandidatene prioriteres.

Endringer av algoritmene for Livmorhalsprogrammet. Høringsuttalelse.

Revisjonssak om undersøkelser i forbindelse med kirurgiske inngrep. Uttalelse

#### Representasjon:

Nasjonale Kreftstrategi 2018-2022, arbeidsmøte arrangert av Helsedirektoratet 05.12.17. Representant Kathrine Woie, HUS Nasjonal nettverksgruppe for arvelig kreft. Representant Anne Dørum, OUS Gynekologisk kreft og Protonterapi. Representant Kjersti Bruheim, OUS Rådgivingsgruppen for massescreenings-programmet. Rita Steen, OUS har vært representant frem til april 2018. Ny representant er Gunn Fallås Dahl, OUS.

#### Styret 2017-18 (valgt nov 2017):

*Fra de 4 universitetssykehusene Tromsø, Trondheim; Bergen, Oslo (2 styre-representanter fra OUS). Fra andre sykehus: 1 representant med vara*

Leder: Kathrine Woie  
Nestleder: Ane Gerda Zahl Eriksson  
Kasserer: Martin Lindblad  
Sekretær: Ingvild Vistad  
Webansvarlig: Elisabeth Berge Nilssen

UNN: Martin Lindblad vara Anne-Beate Vereide  
St.Olav: Marit Sundset vara Merethe Ravlo  
OUS: Ane Gerda Zahl Eriksson vara Torbjørn Paulsen  
OUS: Tone Skeie Jensen vara Anne Dørum

HUS: Kathrine Woie vara Line Bjørge  
Andre: Ingvild Vistad vara Bent Fiane  
NGF representant: Stine Andreassen

Valgkomite: Grete Iversen, Rita Steen, Johan Kippervik

Styret takker medlemmene for aktivitet og interesse i 2017-18.

03.09.18

*Kathrine Woie (leder NFGO)*

# Årsrapport 2017

## Referansegruppe for fosterovervåkning

### Mandat:

Bidra til kollegial læring og forbedring mht bruk av STAN/CTG/FBS nasjonalt. Dette innebærer at kollegaer kan sende registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og tilbakemelding. Gruppen er ikke et sakkyndig organ, som betyr at vurderinger og tilbakemeldinger ikke skal brukes som en del av pasientens journal.

Gruppen er også ansvarlig for planleggingen av det årlige, nasjonale erfaringsmøtet som avholdes for jordmødre og leger som bruker STAN eller CTG overvåking i fødsel. Gruppen planlegger disse møtene i samarbeid med den lokale gruppen i vertsbyen.

### Gruppens sammensetning

Leder Branka M. Yli, kvalitetskoordinator, PhD, OUS  
Nesteleder Jørg Kessler, Overlege, PhD, Haukeland universitetssykehus  
Deltager :  
Thomas Hahn, Overlege, Haugesund sykehus  
Heidi Overrein, Overlege, OUS Ullevål  
Helene Normann Furnes, jordmor, AHUS. For Jordmorforbundet NSF  
Hilde Christin Lie, jordmor, AHUS (avgikk ved årsskiftet).  
For Den Norske Jordmorforening

### 1. Nasjonalt erfaringsmøte

Årets møte ble avholdt i Bodø 29.9.17. Der deltok ca 100 jordmødre og leger fra ulike sykehus fra hele landet. 10 kasustikker ble lagt frem fra seks ulike fødeavdelinger og følgende foredrag ble presentert:

«Hjemmemonitorering av fosteret ved risikosvangerskap» v/ Olav Bjørn Petersen, Århus  
«Effekt av innføring av ultralyd og CTG på fosterdødsraten i Norge» v/ Anne Eskild, AHUS.  
«Døgnrytme hos fosteret» v/ Jørg Kessler, Haukeland  
Neste erfaringsmøte blir 28.9.18 i Haugesund. Tema: Langsom fremgang i fødsel

### 2. Møter

Gruppen har avholdt 2 møter. Ett i forkant av erfaringsmøtet i Bodø og ett i februar 2018. Det er gitt skriftlig tilbakemelding på 10 kasustikker i tillegg til muntlig tilbakemelding på de fremlagte kasustikkene i Bodø. Skjemaet for de kliniske opplysningene som følger kasustikkene er revidert noe. Gruppen ønsker seg gjerne flere kasustikker til gjennomgang. Det jobbes med å oppdatere nettsiden vår.

### 3. Kurs i intrapartum fosterovervåking

Branka Yli og Jørg Kessler har arrangert kurs i regi av Legeforeningen 30-31.8.17. Dette kurs som årlig arrangeres i hovedsak for leger, men jordmødre kan også delta.

### Temaer det undervises i:

- Grunnleggende fysiologi
- CTG fysiologi/klassifisering
- EKG fysiologi/tolkning
- Vurdering av barnet, tolkning/feilkilder av syre/base verdier i navlesnor
- Avnavlingsprosedyre
- Trykktid – fødsels- og fosterovervåking
- Diabetes- fosterovervåking
- Lite liv- fosterovervåking
- Intrauterin veksthemming- fosterovervåking
- Fever under fødsel
- Intrapartum infeksjon- fosterovervåking
- Antenatal CTG

På slutten av hver dag er det en bolk med kasusgjennomgang. Kurs avsluttes med test.

# Årsrapport 2017

## FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetric

Etter snart tre år i Executive Board i FIGO, er arbeidsmetodene og styringsformene til denne enorme organisasjonen blitt en smule klarere for en enkel sjel fra Norge. Det er ingen tvil om at FIGO har innflytelse gjennom partnerskap med blant andre WHO og også private initiativ som Gates Foundation. Utfordringen er å finne måter å jobbe på som gjør at innsatsen faktisk rettes mot de kvinnene som trenger oss mest.

FIGOs administrasjon ligger i London, og det siste året har det vært intense diskusjoner i styret om hvordan organisasjonens vedtekter og styringsdokumenter må endres for å tilpasses britisk lovgivning. Endringsforslagene kommer opp på generalforsamlinga i Rio nå i oktober, og dette blir en viktig debatt som kan få avgjørende betydning for FIGOs styringsform i årene framover.

Fram til generalforsamlinga 16.10.18 har Norden tre representanter i Executive Board; Anette Tønnes Pedersen fra Danmark,

Seija Grenman fra Finland som også sitter som visepresident, samt undertegnede. Det har vært en absolutt styrke! Seija og Anette går nå ut, men håpet er at Sverige får inn sin kandidat Kristina Gemzell Danielsson. Kristina har en imponerende CV og vil kunne bidra godt inn i FIGOs videre arbeid.

Som jeg skrev i forrige årsrapport har FIGO et enormt spenn i sitt arbeidsområde. Fattige land sliter fremdeles med altfor høy morbiditet og mortalitet i forbindelse med svangerskap og fødsler, mens i andre land blomstrer den kosmetiske kirurgien... I årene som kommer bør Norden fortsette sitt gode samarbeid for å holde organisasjonen virkefelt så fokusert og solidarisk som mulig. For mer info: [www.figo.org](http://www.figo.org)

*Margit Steinholdt*

# Årsrapport 2017

## NFOG vitenskapelige komite

Komiteen består av de vitenskapelige sekretærer fra hvert av de nordiske landenes nasjonale foreninger eller særskilt oppnevnte representanter. I 2017 var medlemmer av komiteen: Ulrik Schiøler Kesmodel, Danmark (leder), Annika Strandell, Sverige, Antti Perheentupa, Finland, Hulda Hjartardóttir, Island og Nils-Halvdan Morken, Norge. Komiteen forvalter NFOG-fondet ved vurdering av søknader som innkommer til søknadsfristene 1. mars og 1. oktober. Her kan det søkes støtte til nordiske samarbeidsprosjekter, kurs i utland, besøk i utland for vitenskapelige formål eller for å øke klinisk kompetanse og arbeid i utviklingsland.

Komiteen mottok i 2017 45 søknader om midler, hvorav mer en ¾ ble helt eller delvis innvilget. Omlag 20% av innsendte søknader var norske. Her er det mer å hente for NGFs medlemmer.

Vitenskapelig komite i NFOG hadde i 2017 2 møter: 1) Amsterdam 29.-31. mars og 2) Göteborg 9.-10. oktober. I Amsterdam ble første dag benyttet til fordeling av fondsmidler. Resten av oppholdet var avsatt til besøk ved det Nederlandske RCT konsortiet (NVOG Consortium) ved Amsterdam Medical Center (AMC). Her fikk vi en gjennomgang av hvordan man hadde startet dette samarbeidet og hvordan det var drevet i dag etter 15 års drift. Vi fikk omvisning ved både fødeavdeling og IVF avdelingen ved AMC. Ved møtet i Göteborg ble fondsmidler fordelt og man diskuterte oppfølging av besøket ved NVOG Consortium. Et resultat var at komiteen besluttet å inviterer grunnlegger Ben Mol til NFOG 2018.

*Nils-Halvdan Morken*  
*Vitenskapelig sekretær NGF 2017*

# Årsrapport 2017

## Spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer

### Medlemmer:

Jeanne Mette Goderstad (leder), Marte Myhre Reigstad, Camilla Kleveland, Knut Hoff Kierulf, Yngvild Skåtun Hannestad, Hilde Sundhagen og Ingeborg Bøe Engelsen.

### Møtevirksomhet:

Komiteen har avholdt 5 styremøter, møte med NGF, orienteringsmøte med Helsedirektoratet, høringsmøte, møte med Spesialistrådet samt deltatt på Utdanningskonferanse i Bergen.

### Besøk:

Vi har avlagt et besøk til Kristiansand Sykehus i jan 2017. Nye godkjente utdanningsinstitusjoner er Kirkenes Sykehus og Flekkefjord Sykehus

Ny spesialitetsstruktur har vært vår hovedvirksomhet i hele 2017

Arbeidet med ny spesialitetsstruktur har tatt opp mye tid og vært krevende da oppdraget og betingelsene har endret seg underveis og fristene for levering vært korte. Vi tok utgangspunkt i målbeskrivelsen og oversatte denne til malen helsedirektoratet hadde bestemt. I 2017 har vi jobbet mest med å forsøke å forskriftfeste prosedyreliste og kurs samt komme med forslag til ulike læringsaktiviteter.

### Kurs:

Obligatoriske og valgfrie kurs har vært holdt med god kvalitet. Mer enn 20 valgfrie kurs har blitt godkjent. Flere sykehus innfører simuleringstrening, helt i tråd med faglig utvikling.

### Seruserapportene:

Alle sykehus leverer utdanningsrapporter som var tilfredsstillende utfyllt. Informasjon om etterutdanning av ferdige spesialister mangler hos de fleste og vil etterhvert bli krevd.

### Priser:

Utdanningsprisen 2017 til Oslo Universitetssykehus og Forbildeprisen til Ingeborg Bøe Engelsen

### Vurdering av spesialistgodkjenninger:

Komiteen ved Knut og Ingeborg har vurdert 3 spesialistgodkjenninger.

### Utfordringer:

Vanskelig for LIS å fylle prosedyrelistene ved de fleste sykehus. Sideutdanning i kirurgi er fortsatt en flaskehals. Faste LIS stillinger er i ferd med å fylles opp av ferdige spesialister slik at antall utdanningsstillinger egentlig går ned. Hva gjør vi med dette?

# Årsrapport 2017

## Kvalitetsutvalget

Kvalitetsutvalget består av Anne Flem Jacobsen, Jørg Kessler, Kathrine Woie, Heidi Frostad Sivertsen og Anne Cecilie Hallquist. Leder av utvalget er Anne Cecilie Hallquist.

Kvalitetsutvalget er ansvarlig for utgivelsen av Veilederne. De besvarer henvendelser fra medlemmer i NGF, Legeforeningen,

Helsedirektoratet med flere. Neste møte er på Årsmøtet i Oslo i oktober. Annen aktivitet foregår på mail. De er åpne for innspill og spørsmål fra alle medlemmer i NGF."

*Anne Cecilie Hallquist*

**SØKE OM MIDLER  
TIL HOSPITERING  
ELLER KURS I  
UTLANDET I 2019?**

**Søknadsfrist NFOG Fondet er: 1. mars og 1. oktober.**  
Informasjon om søknadsrutiner ligger tilgjengelig på [www.nfog.org](http://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.

# Årsrapport 2017

## EBCOG- EUROPEAN BOARD & COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

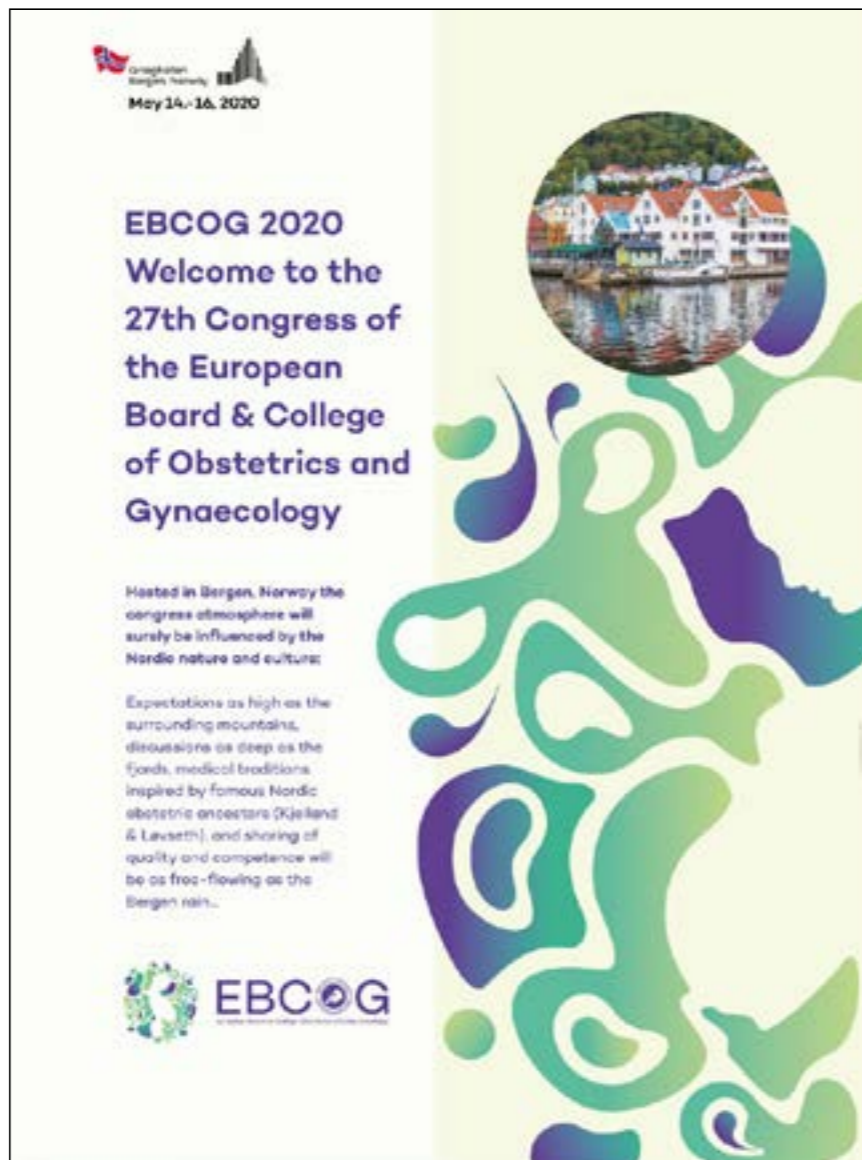
Årsrapporten gjøres i år kort. EBCOG har fornyet nettsidene sine [www.ebcog.org](http://www.ebcog.org) og her ligger oversikt over nylige aktiviteter og dokumenter. Eksempler er EBCOGs Standards of Care innenfor både gynekologiske og obstetriske felt, informasjon om europeisk spesialisteksamen, nylig utgitt **Consensus in postgraduate training** hvor det beskrives hva en europeisk spesialist bør kunne og hva som tilhører subspecialitetene (**PACT-prosjektet**). Dette er nyttig for bruk når vårt nye LIS-utdanningsopplegg utarbeides. Her er både læringsmål og gode læringsmetodikk eksemplifisert for akkurat vårt fagfelt!

En oversikt over EBCOGs ulike aktiviteter har også vært beskrevet i tidligere årsrapporter senest i Gynekologen 3-17.

I år har det vært EBCOG kongress i Paris 8-10 mars. Av de 1027 deltakere fra 65 land var 17 norske, deriblant en god gruppe fra Bergen med som hadde et spesielt fokus, nemlig høste erfaring til neste EBCOG kongress som blir i Bergen 2020. Paris-kongressen var faglig bra (vi har lært litt), og arrangementsteknisk (vårt hovedfokus) fungerte det stort sett utmerket, med noen nye vrir som blanding av inviterede lengre foredrag og kortere frie foredrag, ingen papirpostere. Kongressmiddagen var enkel og foregikk på kanalbåt på Seinen (vakkert, men vi ble ikke mette). Ved avslutningen ønsket kommende kongresspresident Jone Trovik velkommen til **EBCOG Bergen 14-16 mai 2020**.

Ved siste Councilmøte i Brussel 18-19. mai var det valg, og etter mange års (ingen vet hvor mange) innsats i EBCOG forlot Rolf Kirschner posten som generalsekretær til fordel for Nuno Martins fra Portugal. Rolf fortjener stor takk for en kjempeinnsats i organisasjonen! Undertegnede stilte til valg til nytt medlem i Executive Committee men tapte (hårfint, skal sies) mot Karen Rose fra Edinburgh. Karen er tidligere leder av ENTOG med stort engasjement og er et verdifullt tilskudd til EBCOG. Dessuten er hun kvinne (som her er i mindretall) og ung (uvanlig i denne kontekst) er også positivt.

Norske representanter siste året har vært Jone Trovik, og undertegnede som etter ca 8 år nå erstattes av Yngvild Hannestad. Da



er vi tilbake til konvensjonell EBCOG representasjon, nemlig en sykehuslege og en PSL. Undertegnede fortsetter i kongresskomiteen.

Vi håper på god oppslutning om kongressen og gode innspill til tema, forkurs/workshops osv mottas med takk! Vi vil selvfølgelig gjerne promotere norske (og nordiske) bidragsyttere inn i det vitenskapelige program: **Ikke vær beskjeden:** hva er din hjertesak? Gode forelesere/interessante tema fra din krets: meld inn til Jone, Knut eller Yngvild, vi tar det videre opp & frem!

*Jone Trovik og Knut Hordnes*

# Server i SKY infodoc

Med Server i SKY får du Infodoc Plenario levert i skyen  
- sikrere og enda mer effektivt enn før!

- Ingen lokal server
- Ingen NHN-linje
- Én leverandør
- Én pris

Kontakt oss for bestilling og nærmere informasjon:

[salg@infodoc.no](mailto:salg@infodoc.no)

415 32 020

**infodoc**  
Effektivitet satt i system

**Microsoft Partner**  
Gold Independent Software Vendor (ISV)

**Azure**



# Årsrapport 2017

## Norsk gynekologisk endoskopi register (NGER)

### Medlemmene i styringsgruppen 2017

- Andreas Putz (Sykehuset i Vestfold), daglig leder/seksjonsoverlege
- Per Olav Dale (Sykehuset i Vestfold), overlege dr med
- Helene Aagesen Røed (Sykehuset i Vestfold), sekretær
- Ariane Maria Putz (Sykehuset i Vestfold), sekretær

### Referansegruppen består 6 fagpersoner og en bruker-representant

Hovedmålet for 2017 var å implementere pasient relaterte utfallsmål (PROM) og pasient relaterte erfaringsmål (PREM) og ytterligere forbedre dekningsgraden for registeret.

I 2017 har antall registrerende avdelinger økt til 31 (75 %) av 41 aktive gynekologiske avdelinger. Dekningsgradanalysene viser en økende, men fortsatt utilfredsstillende dekningsgrad på 45,7 % i 2017, fra 38 % i 2016 og 25 % i 2015. I 2017 ble 7112 prosedyrer på 7017 unike pasienter fullstendig registrert i NGER. Svarprosent på tilsendte pasientskjema 4 uker etter utført inngrep var hele 69,7 % slik at postoperativ oppfølging er tilfredsstillende.

Antall registrerte hendelser per deltakende avdeling varierte fra 33 per år opp til 3082 per år (Ullevål, OUS). Laparoskopier var 66 % av alle registrerte prosedyrer.

Hyppigste diagnoser ved laparoskopiske inngrep var som tidligere år godartete ovarialcyster (26,6 %), myomer/blødningsforstyrrelser og ulike former for endometriose og vanligste prosedyrer salpingo-ophorektomi (29,6 %) og total laparoskopisk hysterektomi (TLH). Dominerende diagnose ved hysteroskopier var intrauterine polyp- per (39,4 %) og deretter ulike former for blødningsforstyrrelser. Hyppigste prosedyre var myom- og/eller polyp- fjerning (56,1 %).

Trenden gjennom de siste årene hvor TLH erstatter subtotal hysterektomi (LSH) holder seg. Laparoskopisk salpingektomi er nå nærmest standard prosedyre ved hysterektomi.

Tidligere vaginale inngrep var gjennomført hos 27,9 % av pasientene til hysteroskopi. Av pasientene til laparoskopi hadde 28,5 % hatt et lignende inngrep før eller vært til en tidligere laparotomi 24,2 %. Likevel var konverteringsraten fra laparoskopi til laparotomi under 1,5 % og fortsatt fallende. Dette indikerer at registrerende avdelinger besitter en god kompetanse og gjør tilfredsstillende preoperative vurderinger før inngrepen.

Andel intraoperative komplikasjoner ved hysteroskopi og laparoskopi er fallende til 2,4 % i 2017. Ved laparoskopi utgjør de intra-abdominale skadene <1,0 %, hvor karskader er 0,2 %, blære/ureterskader er 0,4 % og tarmskader er 0,3 %. Intraoperative komplikasjoner ved hysteroskopi er meget få og vanligvis angitt som «Lite alvorlige».

Andel postoperative komplikasjoner viser en gledelig fallende trend fra 8,3 % i 2015 til 6,4 % i 2017. Hyppigste postoperative

komplikasjon var infeksjon med 5,6 %. Trenden for reoperasjoner er fortsatt fallende til 0,6 % i 2017 fra 0,9 % i 2015.

Flere avdelinger har innført simulatorentrening fordi erfaring og validerte studier tilsier at proaktive kvalitetstiltak reduserer andel komplikasjoner. Det er verdt å merke seg at 93% av alle endoskopiske inngrep forløp uten komplikasjoner og kun 0,5 % av alle inngrep hadde en alvorlig komplikasjon til følge.

Intraoperative (3,0 %) og postoperative (11,8 %) komplikasjoner ved TLH er høyere enn ved alle andre typer registrerte laparoskopier, imidlertid viser trendene for disse komplikasjoner en tilfredsstillende reduksjon fra 2015. Den postoperative infeksjonsraten er fortsatt høy med totalt 9,9 %. Det burde være mulig å redusere denne komplikasjonen og derved forbedre utfallet for TLH.

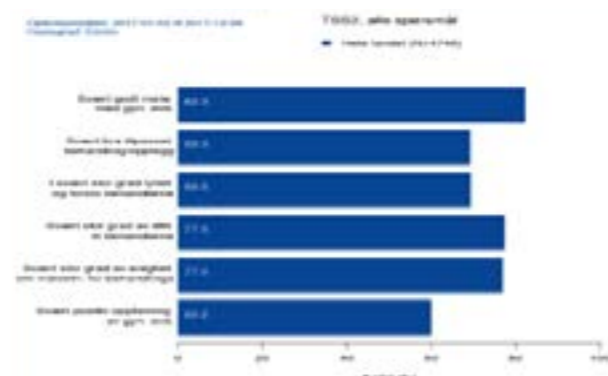
PREM kartlegges ved bruk av TSS2 skjema 4 uker etter inngrepet. Generelt er pasientene svært fornøyde med avdelingene på alle parametre testet. Det er relativt liten forskjell i resultatet mellom de enkelte avdelingene i Norge.

PROM data foreligger foreløpig kun for basismålingen. I løpet av 2018 vil registrering etter 12 måneder starte for terapeutiske laparoskopiske inngrep (TLH). TLH pasienter skærer lavere enn den generelle befolkningen på nesten alle målte parametre ved RAND36. Det skulle således være et potensiale for å påvise en bedring i PROM skåre etter TLH inngrep.

Resultater fra 2017 ble presentert på følgende kongresser: Tønsberg Endoscopic Days 2017 – egen NGER sesjon om laparoskopi/hysteroskopi Norsk Gynekologisk forening årsmøte, Stavanger 46.th American Association for Gynecological Laparoscopy, Washington DC, USA

Mer detaljert informasjon om registeret finnes på [www.kvalitetsregistre.no](http://www.kvalitetsregistre.no)

Tønsberg, 10. september 2018  
Toril Råknes, daglig leder NGER  
Per Olav Dale, med fag rådgiver/overlege dr med



## PREMIUM engangsspekler

### Foretrukket av både leger og pasienter

- Rask og enkel i bruk
- Enhåndsbetjent
- Superglatt overflate
- Kan benyttes uten gel
- God lysrefleksjon
- Sterk konstruksjon
- Uknuselig materiale
- Avrundede kanter
- Skånsom støtte av Cervix



reddot design award winner 2013

## Orchid Spec finnes i fargekodete størrelser og varianter i hvit og krystallklar

### Tilgjengelige kirurgiske engangsspekler:

#### Orchid Spec OPEN



- Åpen på en side
- Ideell for IUD, kateterisering, hysteroskopi etc.
- Finnes i Wide
- Finnes også MED RØYKAVSUG

#### Orchid Spec OPEN SX med røykavsug



#### Orchid Spec SX MED RØYKAVSUG

- Ultratynn røykkanal for enkel instrument håndtering
- Finnes i Medium, Wide & Long
- Steril eller rentromspakket



### Orchid Spec Størrelse / Form:

● Virgo



● Medium



● Wide



● Long



Besøk vår stand på NGF Årsmøte 2018 i Oslo eller kontakt oss i MED & HELSE for mer informasjon

# Årsrapport 2017

## Norsk Kvinnelig Inkontinens Register (NKIR)

Oslo universitetssykehus (OUS) er databehandlingsansvarlig i henhold til tillatelse fra Datatilsynet.

### NKIRs ledergruppe:

Faglig leder: Rune Svenningsen  
Faglig representant for databehandler: Sigurd Kulseng-Hanssen  
Daglig leder: Tomislav Dimoski

### NKIR fagråd består av følgende representanter:

NKIR Fagrådsleder: Sigurd Kulseng-Hanssen  
Faglig representant for Helse Nord: Bjørn Holdø  
Faglig representant for Helse Midt-Norge: Ingrid Volløyhaug  
Faglig representant for Helse Vest: Ellen Bettina Kråknes  
Faglig representant for Helse Sør-Øst: Hjalmar Schiøtz  
Brukerrepresentant: Kari Olavsdotter Hynne. Daglig leder for Norsk forening for personer med urologiske sykdommer (Nofus)  
Faglig leder NKIR (og representant for databehandlingsansvarlige OUS): Rune Svenningsen  
Daglig leder NKIR (og representant for databehandler Urogyndata): Tomislav Dimoski.

Registeret innhenter subjektive og objektive data før og etter operasjon fra kvinner operert for urininkontinens. Avdelingene mottar en gang årlig en rapport der avdelingens resultater sammenlignes med landsgjennomsnittet og der egne operatørs resultat dokumenteres.

**F.o.m 2017 kan avdelingene også hente resultater interaktivt ([www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-kvinnelig-inkontinensregister/interaktive-resultater](http://www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-kvinnelig-inkontinensregister/interaktive-resultater)).**



NKIR anbefaler postoperativ kontroll etter 6-12 mnd samt etter 3 år. Denne rapport omhandler pasienter operert i 2016 med 6-12 mnd kontroll i 2016/2017.

NKIR hadde i 2016 en dekningsgrad på 98,4 % (målt mot NPR). NKIR-programvaren henter også data direkte fra det pasient-

administrative system PAS og korrigerer dermed feilregistreringer i PAS og feilrapporteringer til NPR.

88,2 % av pasientene som fikk utført en TVT, TVTO, TOT, AJUST eller BULKAMID operasjon i 2016 hadde besvart spørsmålet om de var fornøyd med operasjonen. 85,1 % av disse oppga å være veldig fornøyd med behandlingen.

Subjektiv vurdering av symptombyrden på stress inkontinens (anstrengelses utløst lekkasje) vurderes med en stress inkontinens indeks. Denne ble redusert fra gjennomsnittlig 8,3 (maksimum 12) før operasjon til gjennomsnittlig 1,4 etter operasjonen. 69,3 % av pasientene var 6 – 12 mnd. etter operasjonen ikke lenger plaget av stress inkontinens.

Kun 57 % av pasientene fikk 6 – 12 mnd. etter operasjonen utført en stresstest (objektivt mål på anstrengelses utløst lekkasje). 91,1 % av disse pasientene lekket ikke ved stresstesten. Stress test er den beste metode vi har til objektivt å kunne dokumentere grad av lekkasje før operasjon og selve operasjonsresultatet ved postoperativ kontroll. NKIR-registeret ved ledergruppe og fagråd mener alle pasienter bør få utført en stress test både før og etter operasjonen (dette er også anbefalingen i NGFs veileder).

Av 2289 inkontinensoperasjoner registrert operert i NKIR sykehusene i 2016 var 90 % kontrollert 6-12 mnd. etter operasjonen. Av 2060 operasjoner utført i 2014 var 45 % av pasientene kontrollert etter 3 år. Slik kontroll etter 3 år har fagmiljøet blitt enige om kan utføres ved spørreskjema per brev. 3-års kontroll prosenten burde etter Fagrådets mening likevel vært vesentlig høyere.

Gjennomsnittlig 7,9 % komplikasjoner ble registrert ved NKIR sykehusene samlet for alle typer inkontinens operasjoner. Urinretensjon var vanligst og forekom hos 4,5 % etter alle inkontinensoperasjoner i 2016. Urinretensjon ble løst ved forbigående selvkateterisering hos 1,7 %, klipp av bånd hos 0,7 % og operativ justering av båndet hos 2,2 % av pasientene.

Tjuefem avdelinger (av 39) benytter åpen operativ justering av båndet. En studie publisert i 2017 med data fra NKIR registeret viste at pasienter som ble kateterisert eller fikk båndet justert operativt lekket mindre og var mer fornøyd 6 – 12 mnd. etter operasjonen enn pasienter hvor båndet måtte klippes (Moksnes et al. Neurourology and Urodyn. 2017 33(7):1140-6).

### NKIR ledelsen har i 2017 jobbet med følgende saker:

- Redusere den store variasjonen mellom avdelingene når det gjelder utførelse av stress test før operasjon og ved 6-12 mnd.
- Få flere avdelinger til å validere sin komplikasjonsrapportering. I 2017 gjennomførte fem avdelinger validering av komplikasjoner for 2015 og 2016.
- Omlegge registerets drift ved å etablere en ledergruppe og et eget fagråd samt utvikle vedtekter for disse.

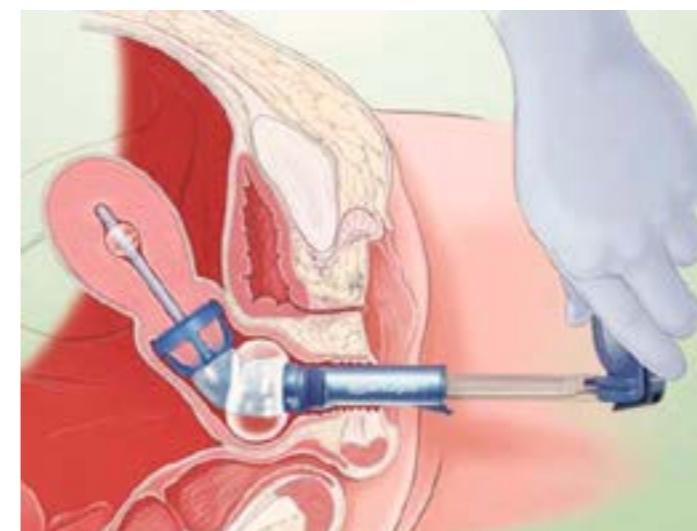


**Jan Bye a.s**  
MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988



Leverandør av utstyr til: Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetrikk - Gynekologi



## RUMI II SYSTEM

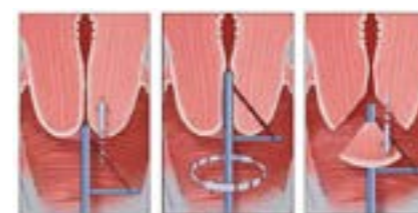
RUMI II uterus manipulator til bruk ved laparoskopisk hysterektomi og diagnostikk. Regnes som den mest komplette, robuste og anvendelig manipulatoren på markedet.

- 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



## BIPOLAR DISSECTING FORCEPS



- Stort bitt med god gripeevne
- Roterbar 360°
- Engangs med fast ledning og 2 pin kontakt
- Ergonomisk håndtak øker komforten under bruk



## ROM plus+

Rupture of Membranes Test

- Sensitivitet 95-100%
- 10 min testprosedyre
- Tester for 2 proteiner
  - AFP & IGFBP-1
- Ingen begrensninger på gestasjonsalder
- Prøven stabil i 6 timer



## Årsmøte tilbud: 20% på utstilte varer

Besøk vår stand på NGF årsmøte på Thon Hotell Ullevål Stadion 25.-26. oktober  
å få 20% rabatt ved bestilling før 15. nov. 2018



# Kjære alle FUGOister!

Av Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder

FUGOs generalforsamling blir høyaktuell med besøk av Torolf Holst-Larsen som skal holde innlegg om de siste endringene i Bioteknologiloven og FUGO har mange spennende prosjekter foran seg. 2 plasser til styret er på valg i år. Det anbefales å melde seg til tjeneste!



Så er årsmøtet her. Spennende og sosialt. I skrivende stund er FUGO-kurset fullbooket og vi håper at mange av dere som skal dit blir værende for å få med dere alt det faglige og morsomme som skjer de påfølgende dagene. Og vi håper dere får med dere FUGOs generalforsamling på kvelden den 24.10. Vi får besøk av Torolf Holst-Larsen,

gynekolog og engasjert medlem av bioteknologirådet, for aller siste nytt om endring i bioteknologiloven. Høyaktuelt både faglig og i en større samfunnspolitisk sammenheng!

Generalforsamling innebærer også valg til nytt styre. I år er to plasser på valg: Både Anders og jeg selv er ved slutten av perioden vi er valgt for, mens de fem andre er midt i sine toårsperioder. Man velges for en plass i styret, ikke for en spesifikk post og styret konstituerer seg selv senere. Det er en super gjeng som er i sving og FUGO går inn i en veldig spennende periode årene som kommer. Viktigste i første omgang er selvfølgelig den store laparoskopikampanjen som ruller i gang denne høsten og på nyåret i 2019. Engasjementet rundt dette har vært stort og omtrent alle sykehus i hele Norge har meldt at de vil være med.

Hovedoppgave nummer to som ligger foran oss er arrangering av ENTOG-utveksling i 2020. Som kjent holdes EBCOG-kongressen i Bergen dette året, og det betyr at Norge også er vertsland

for utvekslingen. 62 LiS fra hele Europa kommer for å få med seg 3 dager på norske sykehus. Vi kommer til å trenge mange frivillige som stiller opp for å vise hvordan verdens beste helsevesen behandler sine damer og utdanner sine legespesialister. Det er utrolig morsomt å møte Europa på denne måten, og jeg anbefaler varmt å melde seg som kontaktperson for sitt sykehus når vi etter hvert trenger den slags.

Arbeidet med den nye spesialiseringsstrukturen, som har vært hovedfokus i årene som gikk, har nå gått over i en ny fase som kommer til å kreve mye lokalt. Helsedirektoratet, helsedepartementet og politikerne har sagt sitt og læringsmålene foreligger. Det gjenstår fortsatt mye jobb med struktur og kamp om midler for at dette skal bli bra. Vi fikk ikke forskriftsfestet prosedyrelistene slik et samlet fagmiljø ønsket, men vi har fått helseministeren til tydelig å si at prosedyrelistene likevel skal ligge til grunn som en helt sentral del av bedømmelsen av om en kandidat er verdig en spesialisttittel eller ikke. Vi tar det med oss som en liten seier at vi fikk ham på banen og klart gi uttrykk for at han egentlig var enig med oss i viktigheten av prosedyrelister! Hvis dette begynner å skli ut, kan vi holde politikere ansvarlige på en helt annen måte nå som de har vært så eksplisitte på hva som er intensjonen i de nye forslagene. Vi må passe på som hauer for at spesialiseringen vår ikke blir utvannet. Det som skjer de neste 3-4 årene er veldig viktig, så bli med, bli med! Men først: Godt årsmøte!

## Formøte FUGO 24. oktober, 17.30-19.00

17.30-18.10: **Generalforsamling FUGO**

18.30-19.00: **Gynekolog Torolf Holst-Larsen kommer direkte fra styremøte i Bioteknologirådet for å gi oss det ferskeste av det ferske fra arbeidet med ny bioteknologilov!**

18.10-18.25: **Oppdatering fra spesialitetskomitéen.**

## Årsrapport 2017 FUGO

### FUGO- styret 2017:

Thea Falkenberg Mikkelsen: Leder, ENTOG, NFOG  
Erica Hove (til mars 2017): nestleder, ENTOG og web-ansvarlig  
Marianne Omtvedt (fra mai 2017): Representant endoskopiutvalget  
Eirin Haugli Falch: Sekretær  
Anders Einum: Kursansvarlig  
Tiril Tingleff: Kasserer og representant i endoskopiutvalget  
Malin Dögl: NGF-representant  
Renee Waage: FUGOs representant til Gynekologen

### Generelt

Det ble avholdt 5 styremøter i 2017, hvorav ett via Skype, samt Generalforsamling. 3 møter ble holdt i Oslo og 1 i Trondheim. Det løpende arbeidet med kurs og representasjon i nasjonale og internasjonale utvalg gikk sin vante gang hele året. Hovedfokus for styret i 2017 var arbeidet med ny spesialiseringsstruktur. Det første kvartalet jobbet vi mye med høringssvar til HoD angående læringsmål. Det var fortsatt viktig for FUGO å arbeide for prosedyrelister og å beholde kirurgisk tjeneste. For detaljer viser vi til høringssvaret som er publisert på våre hjemmesider.

Generelt i Legeforeningen startet man arbeidet med en tydeligere fagmedisinsk akse og som ledd i dette ble det opprettet forening for utdanningskandidater i alle spesialiteter (FUxx). FUGO bistod noen av disse med råd og vink på veien i oppstarten. Anders deltok på møte i november.

### Styrets økonomi

FUGOs arbeid finansieres av NGF med en post på 60 000 kr i NGFs budsjett. Dette skal dekke styremøter og annen relevant aktivitet i inn- og utland. Det er et mål i styret å sikre geografisk spredning i styresammensetningen, utover det holdes en nøktern profil. I 2017 brukte styret i alt 32548 kr. Utgiftene gikk til å dekke 5 styremøter og Generalforsamling. Det var bra oppmøte blant tilreisende på flere av møtene, noe som er viktig i forhold til å få til konstruktive møter. Det var ingen av oss som hadde anledning til å dra på ENTOG-møtet på våren og NFOG aktivitet ble dekket av NFOG i og med at det ikke var NFOG kongress i 2017.

### NFOG

Det ble avholdt to styremøter i NFOG i 2017 (København i april og Oslo i november) samt ett telefonmøte. Thea Falkenberg Mikkelsen deltok på alle møtene

Elisabeth Rosén (S) var ny leder i NFOG i 2017. Hovedfokus for NFOG i 2017 var arbeid med en nettbasert plattform hvor LiS som har arbeidet som lege i utlandet kan presentere sine

opphold og være tilgjengelige for kontakt fra andre interesserte LIS, slik at det blir enklere å reise ut.

### ENTOG

ENTOG- utveksling 2017 fant sted i Slovenia 29.mai-1 juni. Hilde Sellevoll (Bergen) og Karoline Sunnarvik-Ween (Drammen) var norske representanter. Man kunne lese om deres erfaringer i Gynekologen 4/2017. Ingen representanter fra styret hadde mulighet til å delta på ENTOG-kongress og Hilde Sellevoll stemte på vegne av Norge på ENTOG generalforsamling.

### Kampanje

På generalforsamlingen 2016 ble det vedtatt å jobbe frem en kampanje for veiledning av LiS, men vi innså relativt raskt i 2017 at dette året ikke var året for å gå inn i dette, da ny spesialiseringsstruktur stod for tur med mye nytt – også innen veiledning. Veiledningskampanje ble skrinlagt inntil videre – kanskje er det en idé for fremtiden når vi ser hva den nye reformen bringer. På generalforsamlingen i 2017 ble det gitt tilslutning til ny kampanje om endoskopiutveksling, etter modell fra Sykehuset i Vestfold.

### FUGO-kurs

Kurset i 2017 omhandlet myomer. 27 LiS fikk med seg gullkorn fra både lokale krefter og innflydde helter. Ansvarlig var Anders Einum som ledet arbeidet med stø hånd. Som vanlig gikk vi med overskudd – i år kr 23045.

### FUGOs årsmøte

Årsmøtet ble holdt 25.10.17 og startet med generalforsamling. Referat fra generalforsamlingen kan leses i Gynekologen nr 4/2017. Thea og Anders var midt i sin 2 årsperiode og ikke på valg. Eirin tok gjenvalg for 2 år og nye medlemmer i styret ble Marianne Omtvedt (Tønsberg), Hilde Sellevoll (Oslo) Ane Ø Bergquist (Levanger) og Mathias Sonstad (Skien). Alle ble valgt ved akklamasjon. Tiril Tingleff, Malin Dögl og Renee Waage trådte ut av FUGO-styret.

Videre fortsatte årsmøtet med en oppdatering om ny spesialiseringsstruktur før Agnethe Lund overtok ordet og gav et inspirerende foredrag om å engasjere seg som fagperson.

### Kommunikasjon med medlemmer

FUGO har en web-side som i 2017 led litt under at webmaster Erica Hove gikk over i plastikkirurgenes rekke og dermed ut av FUGO-styret. Imidlertid har vi en velfungerende Facebookgruppe med mye aktivitet hvor vi holder kontakt med medlemmene våre på en god måte.

# Hedret av kongen

Professor emeritus Claes Tropé's innsats for kvinner med gynekologisk kreft er en historie om kamp, gjennombrudd og suksess. Den 7. september i år mottok han Den kongelige norske fortjenesteorden, den høyeste, norske utmerkelsen en utenlandsk statsborger kan få.

## Meritter

- Professor emeritus, spesialist i gynekologisk onkologi
- Avdelingsoverlege og professor ved avdeling for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet, Oslo.
- Mottok Kong Olav Vs kreftforskningspris 2012.
- Vært veileder for mer enn 50 doktorgrader og publisert mer enn 600 vitenskapelige artikler.
- Visepresident i Society of Pelvic surgeons.
- Ledet Norge til verdenstoppen i behandling av livmorhalskreft, nummer tre i verden på livmorkreft og nummer 10 på behandling av eggstokkreft.

Professor Claes Tropé kom fra Sverige og ble avdelingsoverlege ved Avdeling for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet i 1986. Siden den gang har Tropé vært en standhaftig våpendrager, både for pasienter og forskning på nye behandlingsformer. For dette arbeidet tildeles han nå tittelen Kommandør.

Tropé innførte blant annet behandlingsregimet hvor man opererer bort svulster med såkalt radikal kirurgi, noe som innebærer at mange flere pasienter kan slippe stråling og dermed også en rekke senskader. Han står også bak innføringen av fertilitetsbevarende behandling.

Den svenske statsborgeren sier han er svært beæret over utmerkelsen fra Hans Majestet Kongen.

### En foregangsfigur for pasientbehandling

– Claes Tropé's har vært veldig viktig for forståelsen av gynekologiske pasienter og deres situasjon, sier Leder for Gynkreftforeningen Jeanette Hoel. – Han har vært en foregangsfigur og en god rollemodell ved ta pasientens følelser og livskvalitet i betraktning, noe som ikke alltid har vært en selvfølge.

I 2006 ledet han en stor og omstridt endring i behandlingsregimet for pasienter med eggstokkreft. På befaling fra daværende helseminister Sylvia Brustad sluttet 40 norske sykehus å operere kvinner med kreft i eggstokkene. Bakgrunnen var undersøkelser gjort av Tropé og kolleger som viste betydelig større overlevelse



blant pasienter operert ved regionale sykehus sammenlignet med lokale. I ettertid er omleggingen blitt betraktet som svært vellykket. Tropé er også blant dem som har forsvart innføring av nye, dyre medisiner, ofte med påfølgende beskyldninger om å sprengte sykehusets budsjetter.

– Den viktigste satsingen i årene fremover bør være på såkalt prediksjon - utvikling av metoder for å kunne forutsi hvilken utvikling en kreftsykdom vil ha - og på den måten også gi mer individualisert behandling, sier Claes Trope.

For utvidet tekst: [www.radiumlegat.no](http://www.radiumlegat.no)



Save the date!

Kjære kolleger!

Årets Tropé møte avholdes på Radiumhospitalet fredag 7. desember kl 09:00-18:00. Det er et meget spennende program, med blant annet pro/con debatter om HIPEC i behandlingen av ovarial cancer samt bruk av minimal invasiv kirurgi ved cervix cancer.

Av erfaring vet vi at det blir mange deltagere, derfor anbefaler vi at dere melder dere på så snart som mulig, senest 1. November. Møtet er som tidligere kostnadsfritt.

Påmeldingslink vil bli tilgjengelig på NGFs nettsider.

Claes Tropé

Ane Gerda Z Eriksson

# Til Gynekologen

Av Ingeborg Bøe Engelsen, leder spesialitetskomiteen

Spesialistkomiteen har fortsatt stort fokus på spesialistutdanningen. Fra 1.mars 2019 overtar RHFene hovedansvaret for den nye spesialistutdanningen. Vi får en overgangsordning på 3 år hvor gammel og ny ordning vil kjøre parallelt. Vi greide ikke forskriftsfeste kurs, prosedyrelister og obligatorisk kirurgisk tjeneste i de nye læringsmålene, men utdanning videre skal iflg. RHFene ikke avvike mye fra tidligere oppsett.

RHFene har som mål å jobbe tett sammen for å sikre regional fordeling og likeverdig program hvis kursene holdes forskjellige steder. De vil videreføre de obligatoriske kursene i tett samarbeid med kurskomiteene, øke hyppigheten av kurs ved behov og godkjenne nye kurs anbefalt av spesialistkomiteen. Prosedyrelistene skal bestå og Dossier innføres også for LIS2 Hvordan evaluering og eventuelle sanksjoner skal kontrolleres vet vi mindre om.

Flere sykehus jobber hardt med å få dette på plass i tide. Mange har spørsmål omkring temaet . For å hjelpe til har spesialistkomiteen på kommende årsmøte invitert RHFene til å stille med representanter for å være med å svare ut uklarheter.

Vi inviterer derfor til et møte mellom utdanningsutvalgene, spesialistkomiteen og RHFene representert ved Thomas de Lange fra RHF sørøst og SiriAnn Mausest fra RHF midt. Her håper vi å kunne bidra med informasjon og legge til rette for spørsmål og diskusjon.

**Møtet holdes på Ullevål Stadion, Bryne, onsdag 24. oktober kl. 1430-1600. Representanter fra utdanningsutvalgene er alle hjertelig velkommen!**

Samme dag arrangerer vi også et møte med kurslederne for de obligatoriske kursene for å evaluere innhold, forelesere, rotasjonsmulighet og hyppighet av kursene.

Det vil i år som i fjor bli delt ut priser, Utdanningsprisen til beste sykehus og Forbildeprisen til en engasjert, LIS vennlig, inspirerende og dyktig kollega. Her ber vi om at dere kommer med begrunnede forslag til komiteen ved [martereigstad@gmail.com](mailto:martereigstad@gmail.com) i god tid før årsmøtet.

## DOKUMENTERT EFFEKT VED OAB<sup>1,2,3</sup>

### Forbedring av OAB symptomer<sup>1,2,3</sup>



#### Toviaz® (fesoterodin)

Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med overaktiv blære



### Må man... så må man!

Plutselig innsettende og intens vannlatingstrang samt ufrivillig urinlekkasje eller urininkontinens er de mest dominerende faktorer ved OAB<sup>\*\*\*\*</sup>. Både Toviaz® (fesoterodin) 4 og 8 mg kan gi en signifikant forbedring i forhold til placebo<sup>2,3</sup>

Færre UUI\* episoder<sup>(2\*\*)</sup>

-80%

Reduksjon av urge-episoder<sup>(3\*\*\*)</sup>

-45,5%



Pierre Fabre

\*\* Med Toviaz® 4 mg og Toviaz® 8 mg vs placebo ved uge 12  
\*\*\* Med Toviaz® 8 mg vs placebo og tolterodin ER 4mg ved uge 12  
\*UUI = Urinary Urge Incontinence  
\*\*\*\*OAB = Overactive Bladder,

- SpC, pkt 5.1
- Chapple C, Schneider T, Haab F et al. Superiority of fesoterodine 8 mg vs 4 mg in reducing urgency urinary incontinence episodes in patients with overactive bladder: results of the randomised, double-blind, placebo-controlled EIGHT trial. BJU Int. 2014;114:418-26.
- Kaplan SA, Schneider T, Foote JE et al. Superior efficacy of fesoterodine over tolterodine extended release with rapid onset: a prospective, head-to-head, placebo-controlled trial BJU Int. 2010;107:1432-1440.

#### Viktig sikkerhetsinformasjon

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

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

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

**Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskariner eller antikolinere egenskaper kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger.

#### † **Toviaz® «Pfizer» Muskarinreceptorantagonist. ATC-nr.: G04B D11**

DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver depottablett inneh.: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: ndigotin (E 132), titandioksid (E 171).

**Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med overaktiv blære.

**Dosering:** Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. Daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potent CYP 3A4-hemmer, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2-8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Nedsatt nyre- eller leverfunksjon under fravær og nærvær av moderate og potente CYP 3A4-hemmere: Dosejustering iht. Tabell ved nedsatt nyrefunksjon.

	CYP 3A4-hemmer		
	Ingen	Moderat	Potent
Nedsatt nyrefunksjon1	Mild 4-8 mg	Moderat 4-8 mg	Potent 4-8 mg
Nedsatt leverfunksjon1	Mild 4-8 mg	Moderat 4 mg	Potent 4 mg

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

2 Forsiktig doseøkning.

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

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

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

Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskariner eller antikolinere egenskaper (feks. amantadin, trisykliske antidepressiver, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (feks. forstoppelse, munntørret, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mage-tarmkanalen, som feks. metoklopramid. Maks.fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (feks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, nefazodon, nefli avir, ritonavir (og alle ritonavir-forsterkede PI-regimer) saknavir og telitromycin). Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-induktorer (feks. karbamazepin, rifampicin, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger og dosereduksjon til 4 mg kan være nødvendig. Hos friske har fesoterodin 8 mg 1 gang daglig ingen signifikant effekt på farmakokinetikk eller antikoagulerende effekt av en enkeltdose warfarin.

**Graviditet/Amning:** Fertilitet: Ikke vurdert. Fesoterodin har ingen effekt på mannlige eller kvinnelige fertilitet eller andre effekter på reproduksjonsfunksjonen hos mus, eller på tidlig utvikling av embryo hos musefoster. Kvinner i fertil alder bør gjøre oppmerksom på manglende fertilitetsdata, og fesoterodin bør bare gis etter en individuell nytte-/risikovurdering. Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Graviditet bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amning bør unngås.

**Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Munntørret, Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmerte, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme, Lufveier: Tørr hals, Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri, Psykiske: Søvnløshet, Øye: Tørre øyne. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Abdominal ubehag, flatulens, gastroøsofageal refluks. Hjerte/kar: Takykardi, palpitasjoner. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GGt. Lufveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørret. Neurologiske: Smaksforstyrrelse, sømnløs. Nyre/urinveier: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykelig trang til vannlating), urinhesitasjon. Øre: Vertigo. Øye: Uklart syn. Øvrige: Utmattelse. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Angioødem, urticaria, Psykiske: Forvirringstilstand. Etter markedsføring: Tilfeller av urinretensjon hvor kateterisering har vært nødvendig, vanligvis i løpet av den 1. behandlingsuken. Primært sett hos eldre mannlige pasienter (>65 år) som tidligere har hatt benign prostatahyperplasi. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opptil 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinere bivirkninger. Behandling: Ev. ventrikkelkyling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger: G04B D11 side 65 d i Felleskatalogen 2012.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolysert av uspesifiske plasmaesteraser til 5-hydroksymetylderivatet, dens primære aktive metabolitt, som er det dominante aktive farmakologiske prinsippet ifesoterodin. Absorpsjon: Maks. plasmanivå nås etter ca. 5 timer. Terapeutiske plasmanivåer oppnås etter 1. administrering. Proteinbinding: Aktiv metabolitt er ca. 50% bundet til albumin og alfa-1-surt glykoprotein. Fordeling: Distribusjonsvolum: 169 liter etter iv. administrering. Halveringstid: Terminal halveringstid for aktiv metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktiv metabolitt. Gjennomsnittlig Cmax og AUC for aktiv metabolitt, øker opptil hhv. 1,7 ganger og 2 ganger hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme. Utskillelse: Ca. 70% i urin og 7% i feces. Levermetabolisme og nyreutskillelse bidrar i betydelig grad til å utskille den aktive metabolitten.

Pakninger og priser: 4 mg: 28 stk. (blister) kr. 352,80. 84 stk. (blister) kr. 973,40. 8 mg: 28 stk. (blister) kr. 370,20. 84 stk. (blister) kr. 1025,50.

Refusjon: 1G04B D11. 1. Fesoterodin.

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

Refusjonskode: ICPC Vilkår nr ICD Vilkår nr

U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert

Sist endret: 14.09.2017





## Norge Rundt

# Kvinneklubben Ullevål

Av Pernille Bjerre Trent og Henrik Michelsen



Kvinneklubben på OUS er den største i landet og har regionsfunksjon for alle sykehusene i Helse Sør-Øst. I spesielle tilfeller mottar vi pasienter fra hele landet som for eksempel ved misdannelser eller avansert endometriose. Kvinneklubben består av OUS Ullevål med føde- og gynekologisk avdeling og fødeavdelingen, fostermedisinsk avdeling og avdeling for reproduksjonsmedisin på OUS Rikshospitalet (RH). I tillegg har vi dagkirurgisk virksomhet og urodynamisk utredning på OUS Aker, og vulvapoliklinikk på Olafia.

Avdeling for gynekologisk kreftbehandling på DNR ble formelt en del av Kreftklinikken for noen år siden, og er derfor ikke en del av kvinneklubben. Ullevål håndterer all benign gynekologi ved OUS, foruten reproduksjonsmedisinsom ligger på RH. Fødeavdelingen på OUS er delt mellom Ullevål og RH.

Kvinneklubben Ullevål ligger i et bygg på totalt 8 etasjer pluss en kjelleretasje. Avdelingen har alle etasjene, utenom 6. etg hvor nevrologene flyttet inn etter at kreftpasientene flyttet til DNR.

### Tidligere besøkt:

2:2018 Kvinneklubben St.Olavs Hospital HF  
1:2018 Kvinneklubben Rikshospitalet  
4:2017 Kvinneklubben ved Bærum Sykehus  
3:2017 Kvinneklubben ved Sørlandet sykehus – Kristiansand  
2:2017 Kvinneklubben Haugesund Sjukehus Helse Fonna HF  
1:2017 Kvinneklubben ved Helse Møre og Romsdal – Ålesund  
4:2016 Kvinneklubben ved Sykehuset i Vestfold Tønsberg  
3:2016 Kvinneklubben ved Ahus  
2:2016 Kvinneklubben ved Nordlandssykehuset - Bøddø  
1:2016 Kvinneklubben i Hammerfest  
4:2015 Kvinneklubben i Stavanger  
2:2015 Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen  
1:2011 Kvinneklubben i Hammerfest



## «Ingen vakt er lik»

Dr Miriam K. Nyberg har nylig overtatt staffettspinnen som LIS-sjef og har litt av et puslespill å holde orden på når LIS skal fordeles. Det er 7 gjennomstrømningsstillinger, som forbeholdes LIS som trenger gruppe-1-tjeneste ved avdelingen, men pga permisjoner og behov for vikarer er det ca 10 gjennomstrømningskandidater til enhver tid ved OUS. Kvinneklubben vant i fjor den gjeve prisen som beste utdanningsinstitusjon på NGFs årsmøte, noe vi er veldig stolte over!

Overlegene på Ullevål er ansatt enten ved fødeavdelingen eller gynekologisk avdeling. Gynekologene er videre seksjonert til urogynekologi eller endoskopisk gynekologi. Fostermedisin har sin største aktivitet på Rikshospitalet, men det er daglig en fostermedisiner på Ullevål, som gjerne lar seg tilkalle/konferere ved behov.

Vaktlaget på Ullevål består av 2 LIS eller LS og 3 overleger. LIS/LS går i vaktpar i en 9-delt turnus med helgevakt hver tredje helg. Overlegene har også faste vaktpartnere og man tilstreber å ha en obstetriker og en gynekolog på vakt. Femtevakten er hjemme etter kl 19. Man kan ikke regne med noe søvn når man har LIS-vakt på føden. Uoffisiell rekord for antall keisersnitt i løpet av én vakt er for tiden syv stykker.

«Inngangsbilletten» til Ullevål som pasient på vakttid er via Føde-Gyn mottaket (FGM). Dette er et akutt mottak som er bemannet av jordmødre og sykepleiere og er åpent døgnet rundt. Én LIS/LS har ansvar for driften her på vakt (gynvakten), mens den andre LISen har ansvar for føden (fødevakten). Ved behov må gynvakten hjelpe til på føden, noe som skjer nesten hver eneste

Det er i underkant av 50 legestillinger på Ullevål. Totalt på Kvinneklubben OUS er det 30 LIS som roterer mellom DNR, Rikshospitalet og Ullevål. Det er totalt 16 faste LiS-stillinger. For tiden innehas fem av LIS-stillingene av legespesialister (LS) som venter på overlegestilling.

På Ullevål fordeles rotasjonene mellom føden, urogyn og endoskopi. Det er 8 fordypningsstillinger (D-stillinger) på Kvinneklubben. Ved Kvinneklubben er avtalen for leger med fordypningsperiode (tidligere D-stilling) vanligvis at man forsker på dagtid, og dekker en vaktturnus.

Hver seksjon på Ullevål har en «reservelestilling», som innebærer at vedkommende LiS i denne stillingen ikke roterer til de andre seksjonene. Reservelestillingene lyses ut internt. Hensikten er at LIS eller LS som interesserer seg spesielt for en retning av faget, og som ikke trenger flere prosedyrer for å oppnå spesialiteten, kan få fordype seg ved en seksjon over tid.

LIS og LS roterer hver sjette måned mellom føde Ullevål, føde RH, gyn. kreft DNR, urogyn Ullevål og endoskopi Ullevål. Klinikken har en avtale med kirurgisk avdeling og sender en til to LIS i halvåret for kirurgisk sideutdanning.



## «Helt om dagen, helt om natten»

vakt. Gynvaktene legger altså inn og har akuttpoliklinikk, i tillegg for å ha ansvar for gynekologisk sengepost, mens fødevakten har ansvar for føden, barsel og obsposten.

Tiltross for uvanlig høyt tempo på vaktene opplever vi at det er stor trivsel i avdelingen, det er høy arbeidsmoral også på tunge vakter.

### Fødefabrikken

Det er stor fødeaktivitet på Ullevål. Det fødes daglig en liten skoleklasse på Ullevål og i 2017 ble det født 7039 barn, hvor 135 var under 35 uker og 52 var under uke 28. Litt over halvparten av våre fødende er førstegangsfødende. Det er to fullverdige fødeavdelinger (A og B) med totalt 14 fødestuer, i tillegg til en jordmorstyrt avdeling (ABC). Vi har to barsel avdelinger og et flott barselhotell hvor den nye familien kan være sammen den første tiden. På observasjonsposten ligger syke gravide eller nyforløste som trenger ekstra oppfølging. Keisersnittfrekvensen er 16,5% fordelt mellom 11,5% akutte og 5% elektive. Av seteleier fødes ca 1/3 vaginalt. 12,1% forløses med vakum eller tang. Det sier seg selv at ingen vakt er lik og at man bør møte mett og med tom blære når vekten begynner kl 15.00.

Man har sett en gledelig nedgang i antall spincherrupturer siden Dr Katriina Laine introduserte "finske-grepet". Det trenes jevnlig på perineumstøtte under supervisjon av både erfaren jordmor og overlege. Det var totalt 48 spincherrupturer på Ullevål i 2017, dette utgjør 0,82% av alle fødsler og et er tall vi er veldig stolte over. Det viser at systematisk arbeid lønner seg.

Vi har også sett en nedgang i antall barn med lav Apgar og metabolsk acidose. Alle barn med Apgar <7, pH <7,05 eller metabolsk



acidose gjennomgås i en CTG-gruppe for å ta lærdom av hendelsen. I 2017 var det kun 4 barn som trengte hypotermibehandling.

Fødepoliklinikken følger opp risikogravide, som tidligere preeklampsi/vektstøvek, diabetosmer. Vi har en egen HIV-ressursgruppe som sikrer en tverrfaglig oppfølging av gravide HIV positive kvinner og egen poliklinikk for kjønnslemleste kvinner. I tillegg har vi en poliklinikk for kvinner som trenger en fødselsforberedende samtale, det er hovedsakelig fødselsangst og tidligere overgrep som er problemstillingene og målet er å skape trygghet i fødsel samtidig som man gjennomgår tidligere opplevelser, uten å presse kvinnen til vaginal forløsning. «Ullevålsteam» er en gruppe jordmødre og sosionomer som følger opp gravide som er i vanskelige livssituasjoner av ulike årsaker. Avdelingen opplever en økning i henvisninger av pasienter med mistenkt invasiv placenta. Pasienter med denne tilstanden følges opp og behandles av et tverrfaglig team.

### Gøy på gyn

Vi har 5 fullverdige operasjonsstuer og en skiftestue på Ullevål som kun disponeres av oss. Vi har egne operasjonssykepleiere og egen PO. På vakttid er det en egen anestesilege, som kun har vakt på Kvinneklinikken, Ullevål.

Ved gynekologisk avdeling tilstrebes minimal invasiv kirurgi og dagkirurgisk behandling. Vi har korte ventelister. Det utføres årlig omtrent 550 hysterektomier av ulik indikasjon, over 80% av disse gjøres laparoskopisk. Man har de siste årene sett en gradvis økning av LH sammenlignet med LSH.

## «Man bør være mett og god med tom blære når vekten begynner»

Pasienter henvises fra hele landet med dyp infiltrerende endometriose for kirurgi. Det er et tett samarbeid med gastrokirurgene og urologene, og det utføres tarmreseksjon på grunn av endometriose ukentlig. Det utføres også hysterektomi og BSOE hos pasienter under kjønnsbekreftende behandling (GID).

Urogynekologisk enhet på Ullevål var den første i Norge som opprettet et internt kvalitetsregister for prolapskirurgi. Enheten behandler alle typer genitalt fremfall og har kjempet hardt mot innføringen av syntetiske implantater ved denne typen kirurgi. Mesh benyttes bare ved residiv på Ullevål! Alle typer inkontinens behandles etter en nøye utredning i samarbeid med uroterapeut. De få kvinnene vi har med spincherruptur følges opp etter et år for kartlegging av eventuelle symptomer etter primærkirurgi. Vi har også en egen "Vulvopoliklinikk" som behandler diverse plager i ytre genitalia, i tett samarbeid med hudlege.

I flotte, nyoppussede lokaler i første etasje har vi gynekologisk poliklinikk. Her har vi årlig nesten 11000 konsultasjoner. Vi har en egen abortpoliklinikk som tar i mot ca 15 pasienter daglig, de fleste velger hjemmeabort.

### Det jobbes ikke bare klinisk

Det er høy forskningsaktivitet i Kvinneklinikken, Ullevål. Forskningscenter for fødselshjelp og kvinnesykdommer ledes av Professor Annetine Staff og har for tiden i underkant 20 pågående PhD-prosjekter. Det ble publisert 37 artikler og det var 3 disputaser som utgikk fra Kvinneklinikken, Ullevål i fjor. Fokusområder er preeklampsi, placentasykdommer og senere kardiovaskulær helse, gynekologisk kreft (ovarial- og endometriecancer) og kliniske studier innen urogynekologi, endometriose, adenomyose, vakumforløsning, operasjonsteknikker og laparoskopisk opplæring.

En stor studie som skal sammenligne STAN og skalp-laktat er i gang, og det blir spennende å se hva den vil vise da vi på Ullevål overvåker pasienter med CTG og laktat-målinger i fødsel. Dette vil uten tvil kunne bidra til den pågående debatten om fosterovervåking i Gynekologen.

### Velkommen til årsmøte!

Det er også godt miljø utenom jobb. Sommerfest og julebord har blitt en tradisjon. Klinikklaget "Spekelsprinterne" tilstreber å delta i Holmenkollstafetten hvert år. Og både ledelsen og vakteamet går Luciatog. Hver fredag er det fredagslunsj hvor to leger i har ansvar for lunsj til alle, en hyggelig tradisjon som skaper ekstra godt arbeidsmiljø.

Vi gleder oss til årsmøte i Oslo, kun et steinkast fra Ullevål. Vi stiller mannsterke og lover å representere klinikken på årsmøtet akkurat som vi jobber til daglig: "Helt om natten, helt om dagen".



## Antibiotika **fritt** legemiddel mot bakteriell vaginose

Donaxyl® (dekvaliniumklorid)<sup>1</sup> er det første antiseptiske legemiddelet for behandling av bakteriell vaginose. Behandlingen er like effektiv som klindamycin (vaginalkrem 2%)<sup>2</sup> og tas som vaginaltablett om kvelden i 6 dager. Donaxyl passer også for de av dine pasienter som er gravide eller ammer.<sup>1</sup>



Referanser: 1. Produktresumé Donaxyl. www.felleskatalogen.no 2. Weissenbacher ER, et al. A Comparison of Dequalinium Chloride Vaginal Tablets (Fluomizin®) and Clindamycin Vaginal Cream in the Treatment of Bacterial Vaginosis: A Single-Blind, Randomized Clinical Trial of Efficacy and Safety. Gynecol Obstet Int 2012; 73: 8-15.

**Donaxyl**, CampusPharma. Antiinfektiv til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A C05. Står ikke på WADAs dopingliste. **VAGINALTABLETTER 10 mg:** Hver vaginaltablett inneholder: Dekvaliniumklorid 10 mg, hjelpe-stoffer. **Indikasjoner:** Bakteriell vaginose. Det skal tas hensyn til offisielle retningslinjer om riktig bruk av antibakterielle midler. **Dosering:** 1 vaginaltablett daglig i 6 dager. Behandlingen skal avbrytes under menstruasjon og gjenopptas etterpå. Behandling skal fortsette selv om symptombedring innen 24-72 timer er vanlig. Behandling som varer i <6 dager kan gi tilbakefall. **Administrering:** Til vaginal bruk. Fores langt inn i skjeden ved leggetid om kvelden. Innføring er lettest i en tilbakeleilighet med bena litt bøyd. I sjeldne tilfeller når skjeden er svært tørr, kan vaginaltablettet fuktet med en dråpe vann før innføring. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Sår i vaginalt epitel og i skjededelen av livmorhalsen. Skal ikke brukes av unge jenter som ikke har hatt sin første menstruasjon. **Forsiktighetsregler:** For å minimere eksponering hos nyfødte, bør vaginaltabletter ikke brukes senere enn 12 timer før fødsel. Det er ikke innhentet effekt- og sikkerhetsdata knyttet til ny behandling av pasienter som ikke reagerer på eller som har fått tilbakefall umiddelbart etter 1. gangs behandling. Pasienten bør rådføre seg med lege dersom symptomene vedvarer når behandlingen avsluttes, eller hvis symptomene kommer tilbake. Bruk av høyere daglig dose eller økt behandlingstid kan øke risikoen for sår i skjeden. Ingen effekt- og sikkerhetsdata knyttet til behandling av bakteriell vaginose hos kvinner <18 eller >55 år. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner (se G01A C05). Anionaktive stoffer kan redusere antimikrobiell aktivitet. Samtidig intravaginal bruk av såper, sæddrepende midler eller vaginaldusj (vaginalskylling) anbefales ikke. Samtidig bruk av lateksfrie kondomer og annet intravaginalt utstyr (f.eks. pessar) anbefales ikke. Svekker ikke funksjonaliteten til latekskondomer. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Begrensede data viser ingen negativ innvirkning på graviditet eller foster/nyfødte barn. Bør bare brukes under graviditet hvis helt nødvendig. Amming: Systemisk eksponering hos ammende er ubetydelig, og ingen skadelig innvirkning på diende nyfødte/spedbarn forventes. Kan brukes under amming. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Infeksiøse: Vaginal candidiasis. Kjønnsganer/bryst: Vaginalutflod, vulvovaginal pruritus, vulvovaginal sviende følelse. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Infeksiøse: Bakteriell skjedekatarr, soppinfeksjon i huden, vulvitt, vulvovaginit. Kjønnsganer/bryst: Vaginale blodninger, vaginalsmerte. Neurologiske: Hodepine. Ukjent frekvens: Infeksiøse: Blærekatarr. Kjønnsganer/bryst: Sår og maserasjon i vaginalt epitel, uterusbloeding, rødhet, vaginal tørrhet. Øvrige: Feber, allergiske reaksjoner. **Overdosering/Forgiftning:** Bruk av høyere daglig dose enn angitt kan gi sår i skjeden. Vaginal skylling kan ev. utføres. **Egenskaper:** Klassifisering: Kinolinderivat. Overflateaktivt stoff som virker lokalt i skjeden. Virkningsmekanisme: Øker bakteriecellens permeabilitet, og påfølgende tap av enzymaktivitet gir celledød. Bakteriedrepende aktivitet inntreffer innen 30-60 minutter. Vanligvis følsomme arter: Enterococcus faecalis, Lactobacillus spp., Staphylococcus aureus, Streptococcus agalactiae (gruppe B-streptokokker), Streptococcus pyogenes (gruppe A-streptokokker), Enterobacter spp., Escherichia coli, Klebsiella spp., Pseudomonas spp., Serratia spp., Atopobium vaginae, Bacteroides spp., Fusobacteria, Gardnerella vaginalis, Prevotella spp., Peptostreptococci, Porphyromonas spp. Ingen mekanismer for nedadrettet resistens er observert. Absorpsjon: Dekvaliniumklorid absorberes i svært små mengder etter innføring i skjeden. Systemisk eksponering regnes som ubetydelig. **Sist endret:** 04.09.2015 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). **Basert på SPC godkjent av SLV:** 12.10.2015. **Donaxyl vaginaltablett:** Styrke: 10 mg; Pakning: 6 st (blister); Refusjon/Byttegruppe: -/-; Pris (kr): 189,70; R.g.r.: C<sup>2</sup>

1) Gjelder forhåndsgodkjent refusjon. For informasjon om individuell stønad, se HELFO.  
2) Reseptgruppe. Utleveringsgruppe.

# STAN eller ikke STAN i framtiden

Pål Oian, Kvinnekliviken, UNN

I Gynekologen 2018, nr 1 hadde jeg et innlegg om STAN konseptet med tre hovedpoenger:

- 1) at «Referansegruppen for fosterovervåking» i NGF ikke klarer å ta inn over seg oppdatert kunnskap om STAN
- 2) at «Referansegruppens» nettsider er grovt selektert og ikke oppdatert
- 3) at «Referansegruppens» vurdering av den største RCT om STAN (Belfort og medarbeidere) er useriøs og ikke kan tas på alvor

I Gynekologen 2018, nr 2 gir Branka Yli/Jørg Kessler og Tore Henriksen kommentarer til mitt innlegg. Jeg konstaterer at i disse to innleggene kommer det ikke fram ny informasjon som svekker mine tre hovedpoenger.

Det ligger fast at det er overbevisende vitenskapelig dokumentasjon på at STAN ikke gir bedre klinisk utcome enn CTG alene i meta-analyser basert på 6 RCTer av god vitenskapelig kvalitet (1-3).

Yli/Kessler og Henriksen hevder at jeg kommer med feil informasjon om metabolsk acidose. Det gjør jeg ikke. Absolutt hyppighet av metabolsk acidose i vår meta-analyse (1) var 0,70% i CTG gruppen, 0,45% i STAN gruppen. Det er en reduksjon på 0,25%, slik jeg skrev. Dette gir en relativ reduksjon på 36%. Når hyppighet av metabolsk acidose er så lav, bør man oppgi absolutt reduksjon som altså er 0,25%. I vår meta-analyse ble den lille forskjellen statistisk signifikant når vi brukte en «fixed effect» modell, men var det ikke når vi kontrollerte med en «random effect» modell (1). De to andre meta-analysene fant ikke statistisk signifikante reduksjoner i metabolsk acidose (2,3). Vi drøftet disse funnene nøye i vår artikkel (1) og senere (4-5), men Yli/Kessler og Henriksen vil ikke være med på en nyansert diskusjon om dette.

Når det gjelder den amerikanske randomiserte studien (7) med over 11000 fødende inkludert, synes det som Yli/Kessler opprettholder sine ensidig negative synspunkter lagt ut på nettsidene til referansegruppen. Jeg tror med respekt å melde at de fleste vil ha større tiltro til kvalitetskontrollen gjort av reviewere og redaktører i N Engl J Med, et av verdens beste tidsskrifter, enn deres «vurdering» som ikke har vært gjennom noen kvalitetskontroll. Vurderingen deres kommer i et underlig lys når vi vet at de i en artikkel i 2014 (8) skriver at de ser fram til resultater fra den amerikanske studien. Når resultatene kommer, og ikke er som de ønsker, får artikkelen massiv kritikk. Jeg kan også nevne at i vår meta-analyse gjorde vi sensitivitetsanalyser uten å ta med data fra Belfort studien (1,7). Hovedresultatene endret seg ikke.

Yli/Kessler og Henriksen nevner en finsk observasjonsstudie (6) der man så på hyppighet av metabolsk acidose over en 11 års periode på ett sykehus der man hadde innført STAN og så en

mulig læringsseffekt over år. En slik studie, med alle observasjonsstudiers svakheter, kan selvsagt ikke rokke ved funnene i de 6 randomiserte studiene, og meta-analyser.

Yli/Kessler og Henriksen har gjort en stor innsats for å innføre STAN i Norge. Men det er viktig at man som forsker og kliniker er villig til å ta innover seg ny, solid forskning og korrigere sine standpunkter. At CTG fortsatt har sin plass i fosterovervåkingen og at kontinuerlig opplæring og vedlikehold av kunnskaper er viktig er vi enige om, men dette er ikke relatert til STAN bruk.

Slik jeg har forstått det har NGF bedt «Referansegruppen» oppdatere sine nettsider. Det er bra.

Hva gjør vi nå? Det første som bør skje er at man også i Norge kan diskutere ny vitenskapelig dokumentasjon på effekt av STAN på en ordentlig måte, uten å bli møtt med usaklig aggresjon. Jeg mener at STAN ikke er et konsept for framtiden og tror det i løpet av få år vil forsvinne som overvåkningsmetode. Apparaterne er dyre, teknologien kan bare brukes etter 36 ukers graviditet, det er ikke definert hvilken populasjon STAN skal brukes på, algoritmen er komplisert, og flere og flere dyktige klinikere både i Norge og utlandet sier at de ikke stoler på STAN konseptet og ofte forløser før signifikant varsling.

I Sverige og USA har man allerede tatt konsekvensen av vitenskapelig dokumentasjon og sluttet å bruke STAN. På Ullevål sykehus har man aldri brukt STAN. Jeg vet ikke begrunnelsen. Den kunne være at ledelsen mente metoden ikke var godt nok dokumentert og ikke ville ta den i bruk uten at man deltok i en randomisert studie. I så fall en god begrunnelse. Det sørgelige er at vi i Norge ikke har bidratt med én eneste pasient til en randomisert studie om STAN.

Jeg kan nevne at ved Universitetssykehuset Nord-Norge har ledelsen bestemt at vi slutter med STAN, og bruker CTG og skalp laktat ved behov.

#### Referanser

1. Blix E, Brurberg KG, Reierth E, Reinar LM, Oian P. ST waveform analysis versus cardiotocography alone for intrapartum fetal monitoring: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Acta Obstet Gynecol Scand 2016;95:16-27.
2. Saccone G, Schuit E, Amer-Wählin I, Xodo S, Berghella V. Electrocardiogram ST analysis during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Obstet Gynecol 2015;127:127-35.
3. Neilson JP. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. Cochrane Database Syst Rev 2015;12:CD00016.
4. Blix E, Brurberg KG, Reierth E, Reinar LM, Oian P. STAN technology, surrogate outcomes and possible sources of bias. Acta Obstet Gynecol Scand 2016; 95:608-9.
5. Blix E, Brurberg KG, Reierth E, Reinar LM, Oian P. Statistical significance is not necessarily equal to clinical significance. Acta Obstet Gynecol Scand 2016; 95:1192.
6. Timonen S, Holmberg K. The importance of the learning process in ST analysis interpretation and its impact in improving clinical and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2018; 218:620.e1-620.e7.
7. Belfort MA, Saade GR, Thom E et al. A randomized trial of intrapartum fetal ECG ST-segment analysis. N Engl J Med 2015;373:632-641.
8. Olofsson P, Ayres-de-Campos D, Kessler J, Tendal B, Yli BM, Devoe L. A critical appraisal of the evidence for using cardiotocography plus ECG ST interval analysis for fetal surveillance in labor. Part II: the meta-analyses. Acta Obstet Gynecol Scand 2014;93:571-86.

**VISERA**  
ELITE II

**OLYMPUS**

Your Vision, Our Future



16211

## 3D OG THUNDERBEAT

- Den perfekte kombinasjonen.

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

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

- Plug & Play
- Autoklaverbart 3D 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



Gynekologen anbefaler lesestoff med faglig relevans

## Denne gangen:

# «Medscape som “New York Times and the Wall Street Journal of Medicine”»

Av Irina Eide, medredaktør

I moderne verden blir Internett mer og mer viktig som kilde til medisinsk informasjon. Vi blir nesten oversvømt av informasjonen som finnes på nettet, og i «fake news»-tiden er det viktig å finne god og troverdig faginformatjon.

De fleste av oss bruker Medline/Pubmed, BMJ Best Practice, Helsebibliotek sine nettsider, men som jeg har erfart, ikke så mange kollegaer bruker Medscape her i landet.

Det er flere flinke folk som står bak utvikling av Medscape (www.medscape.com). Plattformen var lansert i 1995 av Peter Frisshaug som på den tiden var administrerende direktør i SCP Communications Inc., - Manhattan-basert medisinsk informasjonsselskap. Georg D. Lundberg, tidligere mangeårige JAMA-redaktør, har ledet Medscape siden 1999. Nå er det prof. Eric J. Topol (direktør, Scripps Translational Science Institute) som er Medscape's Editor-on-Chief.

Medscape er en internetplattform som gir tilgang til medisinsk informasjon for klinikere. Organisasjonen står for videreutdanning av leger og helsepersonell. Den anmelder medisinske artikler, tilbyr CME (Continuing Medical Education, en versjon av MEDLINE-bibliotekets medisinske database), presenterer medisinske nyheter og gir medikamentinformasjon (Medscape Drug Reference, eller MDR).

Det er gratis å bruke Medscape, men man må registrere seg på nettsiden. Man kan registrere sin interesse spesifikt i obstetriske og gynekologi og få tilsendt oppdatert informasjon jevnlig. Det går an å laste ned app. Medscape er også på Facebook, Twitter, Instagram, YourTube og Google+. På hjemmesiden til Medscape finnes det link til andre medisinske elektroniske nettverk: WebMD, MedicineNet, eMedicineHealth og RxList.

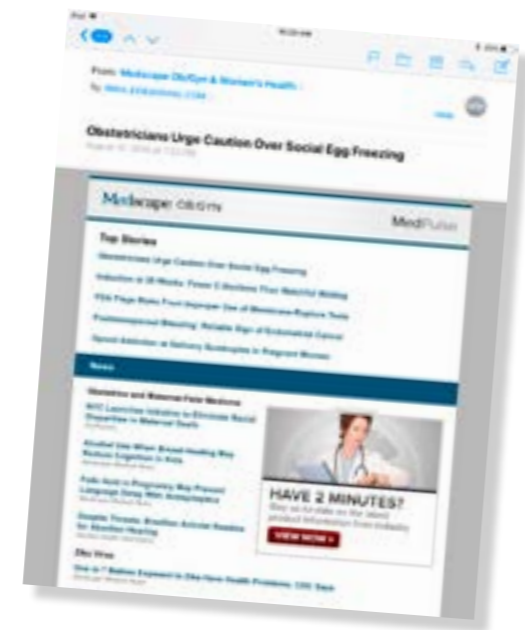
Medarbeidere i Medscape er veldig raske å anmelde originale medisinske artikler. Jeg har erfart, at 1-2 dager etter at en spennende forskningsartikkel er publisert i NEJM eller BMJ, - kommer det anmeldelse på Medscape med kommentarer fra ledende spesialister på feltet og/eller intervjuer med forfattere.

Med jevne mellomrom legger ut Medscape videoer med foredrag og diskusjonspanel med eksperter på forskjellige obstetriske og gynekologiske emner. Det siste som kom ut i august “Family Planning and Pregnancy Management in Patients with Chronic Inflammatory Rheumatic Diseases” ved Dr. Fischer-Betz og Nelson-Piercy, - en fin oppdatering på det feltet.

Via Medscape kan man få informasjon om studier som settes i gang og avsluttes: for eks. en nederlandsk RCT om Sildenafil (Viagra) i graviditeten som ble nylig avsluttet pga flere dødsfall hos nyfødte. Andre aktuelle nyheter kommer også frem, for eks. omfattende kommentarer om celleprøveskandale som nylig herjet=Island.

En av Medscape's brukere har kalt Medscape for å være “New York Times and the Wall Street Journal of Medicine”. Og det mener jeg er en bra beskrivelse av internetplattformen.

Bruken av Medscape hjelper til å få troverdig medisinsk informasjon på en rask og effektiv måte i våre trette dager. Anbefales på det varmeste!



Bilde 1: Slik ser det ut email fra Medscape.

# Effektiv egenbehandling AV KONDYLOMER<sup>1,2</sup>

5% krem  
**Aldara**<sup>TM</sup>  
Imiquimod

**C Aldara «Meda»**  
Immunstimulerende middel

ATC-nr.: D06B B10

**T KREM 5%:** 1 g inneholder: Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, cetylalkohol, stearylalkohol, hvitt parafin, polysorbat 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylhydroksybenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, rensed vann. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflatiske basalellekreft (sBCC) hos voksne. Klinisk karakteristisk, ikke-hyperkeratisk, ikke-hypertrofisk aktinisk keratose (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller aksepterbareheten av kryoterapi og når andre lokale behandlingsoptimaliteter er kontraindisert eller uaktuelle. **Dosering:** Påføringshyppighet og behandlingsvarighet er forskjellig for hver indikasjon. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** Bør påføres for sengetid 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag eller tirsdag, torsdag og lørdag). Kremen bør være på huden i 6-10 timer. Behandling bør fortsette til synlige genitale eller perianale kondylomer er forsvunnet, eller i maks. 16 uker ved hvert utbrudd. Median tid til tilheling hos menn og kvinner er hhv. 12 og 8 uker. Påsmøring av innvendige områder skal unngås. Menn som ikke er omskåret, som behandler vorter under forhuden, må trekke forhuden tilbake og vaske området daglig. **Overflatiske basalellekreft:** Voksne: Kremen påføres for sengetid 5 ganger pr. uke (f.eks. mandag til fredag) i 6 uker. Nok krem til å dekke hele behandlingsområdet skal benyttes, inkl. 1 cm av huden rundt tumoren. Kremen bør være på huden i ca. 8 timer. Behandlingseffekten skal vurderes 12 uker etter avsluttet behandling. Ved ufullstendig tilheling, bør en annen behandling benyttes. **Aktinisk keratose:** Voksne: Behandlingen skal startes og følges opp av lege. Kremen påføres for normal sengetid 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag) i 4 uker. Kremen bør være på huden i ca. 8 timer. Nok krem til å dekke hele behandlingsområdet skal benyttes. Etter 4 uker uten behandling, vurderes det behandlede området av legen for å bestemme om keratosen er fjernet, ev. gjentas behandlingen i ytterligere 4 uker. Maks. enkeltdose er 1 pose. Maks. anbefalt behandlingstid er 8 uker. Ved intense lokale inflammatoriske reaksjoner eller infeksjon i behandlingsområdet, bør det vurderes å avbryte behandlingen. I sistnevnte tilfelle skal de adekvate tiltak iverksettes. Hver behandlingsperiode skal ikke overstige 4 uker, inkl. ev. glemt dose eller hvileperioder. Ved ufullstendig respons ved oppfølging 4-8 uker etter 2. behandlingsperiode, skal alternativ behandling benyttes. **Glemt dose:** Ved glemt dose kan kremen påføres så snart pasienten husker det og så fortsette med normal plan. Kremen skal ikke påføres mer enn 1 gang i døgnet. **Spesielle pasientgrupper:** Barn og ungdom: Anbefales ikke til bruk hos barn. Tilgjengelige data på bruk hos barn og ungdom ved podkjente indikasjoner finnes ikke. Bør ikke brukes hos barn med molluscum contagiosum pga. manglende effekt. **Advarsling:** Kontakt med øyne, lepper og nesebor skal unngås. Pasienten bør vaske behandlingsområdet med mild såpe og vann og tørke det godt før påføring av kremen. Kremen skal også inn i behandlingsområdet til kremen forsvinner. Hvor lenge kremen skal være på avhengig av indikasjon, se ovenfor. Unngå dusj og bading mens kremen er på. Kremen fjernes med mild såpe og vann. Det er viktig at kremen fjernes på denne måten etter at de respektive tidspunktene for hvor lenge kremen skal være påført, er avsluttet. Påføring av for mye krem eller forlenget kontakt med huden, kan medføre uttalte lokale reaksjoner. En engangspose er nok til å dekke et område på 20 cm<sup>2</sup>. Etter påføring bør en åpent pose ikke gjenbrukes. Hendene skal vaskes før og etter applisering. Se pakningsveilegg for detaljert bruksanvisning. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** **Utvortes genitale vorter, overflatiske basalellekreft, aktinisk keratose:** Kan gi oppblussing av eller forverring av inflammasjonstilstander i huden. Brukes med forsiktighet ved autoimmune sykdommer. Nytteløst/risiko bør vurderes hos slike pasienter. Brukes med forsiktighet hos organtransplanterte og nytte av behandlingen bør vurderes mot risiko for organavstøtning eller «graft-versus-host»-reaksjon. Bør ikke brukes for tilheling etter annen kirurgisk eller farmakologisk behandling. Påføring på sår kan gi økt systemisk absorpsjon og økt risiko for bivirkninger. Okklusiv behandling av kondylomer anbefales ikke. Intense inflammasjonsreaksjoner med erosjoner/væskende hud kan forekomme etter kun få appliseringer. Influensalignende tegn/symptomer kan forekomme før eller etter lokale inflammasjonsreaksjoner, ev. seponering bør vurderes. Brukes med forsiktighet ved reduserte hematologiske reserver. **Utvortes genitale vorter:** Begrenset erfaring ved behandling av vorter under forhuden hos menn som ikke er omskåret. I 2 tilfelle av daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosi, og et tilfelle av forhudskonstruksjon, som medførte omskjering. Behandlingen av disse vorter anbefales kun hos menn som er i stand til å ivareta god daglig forhudshygiene. Tidlige tegn på konstruksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. ørøyn, sårdommer, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet med å trekke forhuden tilbake. Ved slike symptomer skal behandlingen stoppes umiddelbart. Kremen er ikke testet for behandling av interne genitale vorter og perianale veneriske vorter og anbefales ikke til behandling av kondylomer i urethra, vagina, cervix eller rektum. Behandling skal ikke startes i områder med åpne sår. Ved en ikke-tolerbar hudreaksjon, bør kremen vaskes av med mild såpe og vann. Behandling kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har avtatt. Risiko for utvikling av uttalte hudreaksjoner kan øke ved bruk av høyere doser enn anbefalt. I sjeldne tilfeller er det observert uttalte lokale reaksjoner som har krevd behandling eller vært forbigående funksjonshemmende, ved bruk av anbefalt dosering. Hos kvinner, hvor slike reaksjoner har oppstått ved urinrørsåpningen, har reaksjonene hos enkelte medført vanskeligheter med vannlating og i enkelte tilfeller har kateterisering vært nødvendig. Ingen klinisk erfaring med bruk umiddelbart etter annen lokal farmakologisk behandling av kondylomer. Kremen bør vaskes av før seksuell aktivitet. Kan svekke kondomer eller pessarer, samtidig bruk bør derfor unngås. Alternativ prevensjon bør vurderes. Hos immunsupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrensede data har vist en økt vortetilheling hos hiv-positive pasienter. Til tross for dette har ikke kremen vist seg å være så effektiv mht. å fjerne vorter hos denne pasientgruppen. **Overflatiske basalellekreft:** Hudområdet som behandles bør beskyttes mot sollys. Ikke undersøkt ved behandling av basalellekreft innenfor et område på 1 cm fra øyelokk, nese, lepper eller hårreste. Under behandling og til fullstendig tilheling, vil behandlet hudområde trolig fremstå tydelig forskjellig fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlig, men avtar vanligvis i intensitet under behandling eller forsvinner når behandlingen er avsluttet. Det er sammenheng mellom fullstendig tilheling og intensitet av lokale hudreaksjoner (f.eks. erytem). Lokale hudreaksjoner kan være relatert til stimulering av lokal immunrespons. Hvis pasientens ubehag eller alvorlighetsgrad av lokal hudreaksjon er uttalt eller det oppdages infeksjon i behandlingsområdet, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandling kan gjenopptas når hudreaksjonen har avtatt. Ingen erfaring med bruk ved tilbakevendende og tidligere behandling av basalellekreft. Behandling av tidligere behandlede tumorer anbefales ikke. Store tumorer (>7,25 cm<sup>2</sup>) responderer sannsynligvis ikke. **Aktinisk keratose:** Lesjoner som er klinisk atypiske eller som gir mistanke om kreft, bør undersøkes med vevsprøve for å bestemme egnet behandling. Imiquimod er ikke evaluert for behandling av aktinisk keratose (AK) på øyelokkene, inne i neseborene eller ørene eller leppeområdet innenfor vermiliongrensen. Begrensede data vedrørende behandling av AK i andre anatomiske områder enn ansikt og hodebunn. Tilgjengelige data vedrørende behandling av AK på underarm og hender gir ikke grunnlag for anbefaling av slik bruk. Behandling anbefales ikke ved AK-lesjoner med markert hyperkeratose eller hypertrofi, slik ved f.eks. kutanese horn. Under behandling og inntil tilheling vil påvirket hud trolig stille seg merkbart ut fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlig, men disse reaksjonene avtar generelt i intensitet under behandling eller forsvinner etter at behandlingen er avsluttet. Intensitet av lokale hudreaksjoner (f.eks. erytem) har sammenheng med den fullstendige fjerningshastigheten. Lokale hudreaksjoner kan være relatert til stimulering av lokal immunrespons. Hvis pasientens ubehag eller intensiteten av lokal hudreaksjonen krever det, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandling kan gjenopptas når hudreaksjonen er moderert. Behandlingseffekt vurderes 4-8 uker etter avsluttet behandling. Manglende klinisk erfaring med bruk ved svekket immunsystem. Manglende data vedrørende gjentatt behandling av AK som er fjernet etter 1-2 behandlingsperioder og deretter dukker opp igjen. Slik gjentatt behandling anbefales ikke. Studier tyder på at full fjerning skjer langsommere ved >3 AK-lesjoner, enn ved <3 AK-lesjoner. Inneholder cetylalkohol, stearylalkohol, metyl- og propylhydroksybenzoat, som kan gi allergiske reaksjoner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se D06B B10. Benyttes med forsiktighet ved samtidig immunosuppressiv behandling. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. Dyreforskning antyder ikke direkte eller indirekte skadevirkninger på graviditet, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller utvikling etter fødselen. **Amning:** Det må tas en beslutning om amning skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) er detektert i serum etter enkle eller multiple lokalt appliserte doser. **Bivirkninger:** De fleste hudreaksjoner var milde/moderate i alvorlighetsgrad, og ble borte innen 2 uker etter seponering. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** Svært vanlige (≥1/10): Hud: Pruritus og smerter på påføringsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Brennende følelse og irritasjon på påføringsstedet. Infeksiøse: Infeksjon.

Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/hymne: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Abdominal smerte, diaré, oppkast, rektal forstørrelse, rektal tenesmus. Hjerte/Kar: Rødming. Hud: Kne, dermatitt, follikulitt, erytematøst utslett, eksem, utslett, økt svetting, urticaria. Infeksiøse: Herpes simplex, genital candidiasis, vaginitt, bakterieinfeksjon, soppinfeksjon, øvre luftveisinfeksjon, vulvitt. Kjønnssorgener/byst: Genital smerte (menn), penisforstørrelse, dyspareuni, erektil dysfunksjon, uteroovaginal prolaps, vaginalsmerte, atrofisk vaginitt, vulvoforstørrelse. Luftveier: Faryngitt, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, ryggsmertor. Neurologiske: Parestesi, svimmelhet, migræne, døsigheit. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnleshet, depresjon. Stoffskifte/emærning: Anoreksi. Øre: Tinnitus. Øvrige: Pyreksi, influensalignende symptomer, smerte, asteni, malaise, rigor. **Overflatiske basalellekreft:** Svært vanlige (≥1/100): Hud: Pruritus på påføringsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/hymne: Lymfadenopati. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerte, brennende følelse, irritasjon, blødning, erytem, papula, parastesi, kvalme, munntørrhet. Hud: Dermatitt, reaksjoner på påføringsstedet: smerte, brennende følelse, irritasjon, blødning, erytem, papula, parastesi, kvalme, hevelse. Psykiske: Irritabilitet. Øvrige: Influensalignende symptomer, døsigheit. **Aktinisk keratose:** Svært vanlige (≥1/10): Hud: Pruritus på påføringsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerte, brennende følelse, irritasjon, reaksjon, erytem. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter, ledssmerter. Neurologiske: Hodepine. Stoffskifte/emærning: Anoreksi. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/hymne: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Diaré. Hud: Aktinisk keratose, erytem, adem i ansikt, hudsår, reaksjoner på påføringsstedet: dermatitt, blødning, hyperestesi, adem, papula, parastesi, skorpedannelse, arr, vesikler, varmfølelse, hevelse, sår. Infeksiøse: Infeksjon, pustula, rhinitt, influensa. Luftveier: Neseforstoppelse, faryngolaryngale smerter. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremitetene. Psykiske: Depresjon. Øye: Irritasjon av konjunktiva, ødem på øyelokk. Øvrige: Pyreksi, asteni, rigor, ubehag, inflammasjon. **Alle indikasjoner: Ukjent frekvens:** Blod/hymne: Nedsett nivå av hemoglobin, hvite blodceller, nøytrofile granulocytter og blodplater, forhøyet nivå av leverenzymer. Hud: Lokal hypo- og hyperpigmentering, erytema multiforme, Stevens Johnsons-syndrom, kutan lupus erythematosus. Øvrige: Hårvækt, forverring av autoimmune sykdom. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. minimal percutan absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan gi alvorlige lokale hudreaksjoner. Kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber kan forekomme etter utslittskt oralt inntak av 200 mg. Hypotensjon har forekommet etter inntak av >200 mg. Blodtrykk kan normaliseres ved oral eller i.v. vasketiltaksel. Se Giftnormasjonsanbefaling D06B B10. **Egenskaper: Virkningsmekanisme:** Modifiserer immunrespons. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor på responderende immunceller. Har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er det vist effekt mot virusinfeksjoner. Virker som et anti-tumorstoff prinsipielt ved å induisere alfa-interferon og andre cytokiner. **Absorpsjon:** <0,9%. **Utskillelse:** Hurtig via urin ca. 66% og feces ca. 33%. **Pakning og priser:** 5%, 12 x 0,25 g (dosepose), kr 719,70.

Sist endret: 01.07.2015.

**Refusjonsberettiget bruk:** Lokalbehandling av mindre overflatiske basalellekreft (sBCCs) hos voksne. Aktiniske keratoser: Flere enn 10 behandlingskrevende klinisk karakteristiske, ikke-hyperkeratiske, ikke-hypertrofiske aktiniske keratoser (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller aksepterbareheten av kryoterapi. Ved imittuse: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata). Palliativ behandling i livets sluttsfase. **Refusjonskode:**

ICPC		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttsfase	136
B99	Immunsvikt INA	31, 136
S77	Basalcellekarzinom	167
S80	Soluttest keratose/solforbrenning	54, 136
ICD		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttsfase	136
C44	Andre ordartede svulster i hud	167
D80	Immunsvikt med overveidende antistoffmangel	31,136
D81	Kombinert immunsvikt	31,136
D82	Immunsvikt forbundet med andre større defekter	31,136
D83	Vanlig variabel immunsvikt	31,136
D84	Annen immunsvikt	31,136
L57.0	Aktinisk keratose	54,136

**Vilkår:**  
31 Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på blå resept. 34 Skal være instituert av spesialist i hud og veneriske sykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet. 136 Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder. 167 Refusjon ytes kun i tilfeller der eksisjonkirurgi er urdert som uegnet eller uønsket av særlige kosmetiske hensyn.

**Referanse:** 1 Edwards L, et al. Arch Dermatol 1998; 134(1): 25-30. 2 Gollnick H et al. Int J STD AIDS 2001; 12: 22-28.

Gynekologen anbefaler lesestoff med varierende grad av faglig relevans

## Denne gangen:

# «Norge rundt på sykkel – eventyr også for normale mennesker!»

Av Av Tina Tellum, nettredaktør

Ditt livs reise kan starte fra din egen dørmatte. Det er nærmest umulig å ikke la seg inspirere av Siras reise, og du trenger slett ikke å være glad i å sykle for å ha glede av denne boka!



Tittel: **Ute og sykler - Norge rundt på 76 dager**

Utgitt: 2017

Sider: 216

Kjøp: **Du kan kjøpe boka på forfatterens nettside, sirasverden.no, i de fleste nettbokhandler og i mange fysiske bokhandler.**

Jeg er ganske langt opp på lathets-skalaen når det gjelder ekstrem sport og fysiske utfordringer, som blir gjennomført med øyemål til å være best, raskest og/eller sprekest. Derfor hater jeg alle fitness-blogger, er lite interessert i skildringer fra umenneskelige turer med folk i svinedyrt Gore-tex klær og farlige eventyr (jeg har nok adrenalin på fødestuen, takk). Men så leste jeg denne boka og forsto at også «normale» mennesker klarer å realisere et eventyr! Sommeren 2016 satte Lars Erik Sira A4-livet på vent og rumpa på sykkelsetet. Nå skulle han realisere drømmen om den lange turen. Med 27

kilo bagasje fordelt på seks sykkelvesker, inkludert telt, sovepose og stormkjøkken, forlater han hverdagen og familien hjemme på Melhus for å leve en sommer på loffen. Når han avslutter turen i Kirkenes 76 dager senere, har han lagt bak seg en 5360 kilometer lang reise gjennom hele landet.

Opplevelsene og erfaringene fra turen har Sira skildret i tekst og bilder i boka Ute og sykler, med undertittel Norge rundt på 76 dager. Forfatteren gir oss noen små hint i begynnelsen om hvorfor

han drar på denne turen. Etter hvert som turen og boka skrider fram, slår det meg at det må være summen av alle de små og store opplevelsene som gjør en slik reise til noe spesielt, at tilværelsen blir så intens og at den som gjør noe slikt lever livet til fulle. Sira fikk sannsynligvis mer å mimre om på gamle hjemmet i løpet av de 76 dagene enn de fleste av oss andre får i løpet av et tiår.

Sira er en meget god skribent. Han skildrer opplevelsene og møtene med andre mennesker på en slik måte at jeg føler jeg er med på turen. De drøyt 100 fine bilder i boken støtter denne opplevelsen. Språket er konkret og enkelt, noe som henger godt sammen med tilværelsen når du er på en slik reise. Fortellingen er skrevet i en uhøytidelig og selvironisk tone. Flere ganger må jeg le av Siras rare opplevelser og morsomme betraktninger. Han reflekterer også mange steder godt om livet på tur, ja, også litt om livet generelt.

Sira hadde utvilsomt en fantastisk reise, og boka om turen er knakende god. Det jeg likevel festet meg mest ved, er det jeg leste mellom linjene. Forfatteren lever vanligvis et helt vanlig norsk hverdagsliv med kone, barn, jobb, stasjonsvogn og huslån. Med turen Norge rundt viser han at det er mulig å få til noe ekstraordinært i en alminnelig tilværelse, at livet ikke bare er jobb og karriere, og at om du vil det nok, så er nesten alt mulig. Han viser oss at en slik tur ikke nødvendigvis trenger å være blodslit fra start til mål. Det kan være mest kos og noe svært mange kan klare å gjennomføre. Og skulle det bli litt strev og slit innimellom, så er ikke det nødvendigvis negativt, kanskje heller tvert imot.

Siras reise er også en nyttig påminner om at du ikke nødvendigvis trenger å dra så langt for å få de aller største opplevelsene. Ditt livs reise kan starte fra din egen dørmatte.

Vurderer du å dra på din egen sykkel tur og lurer på hvordan, finner du mengder med praktiske råd og tips på sirasverden.no

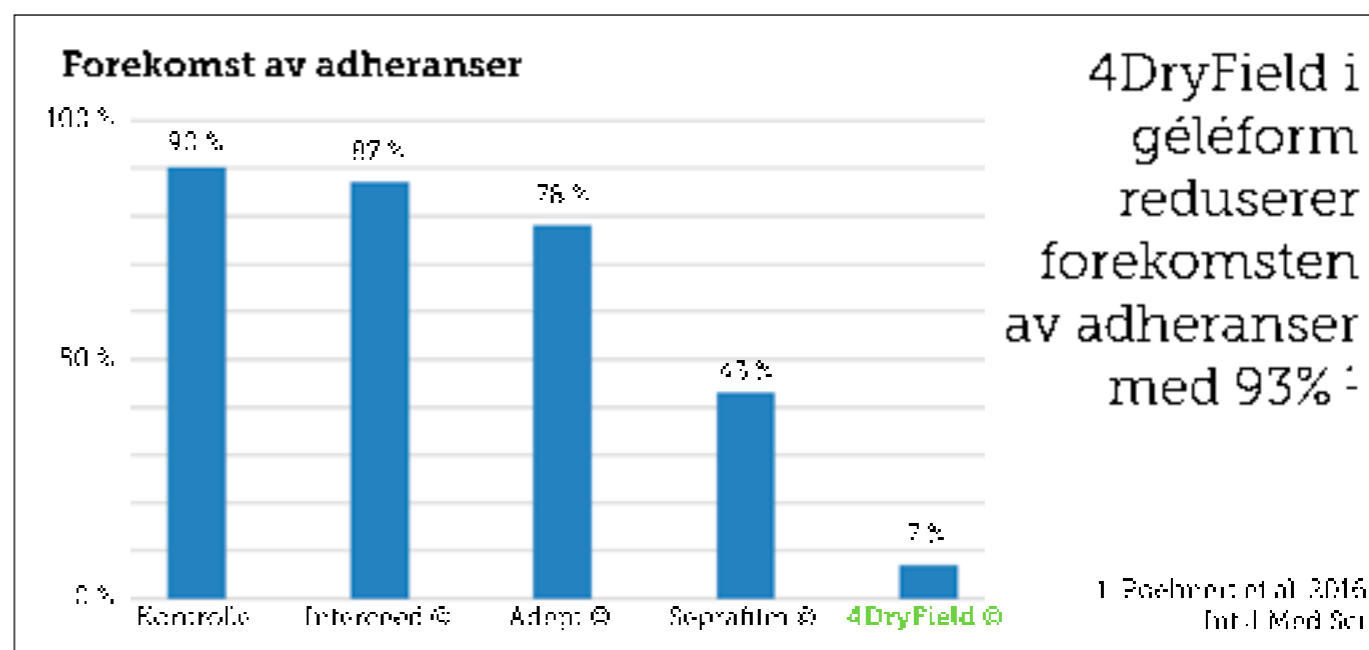
# KEBOMED

55 96 77 00  
www.kebomed.no  
info@kebomed.no

Leverandør av utstyr til gynekologi og obstetrikk

## 4DryField® PH

– Eneste produkt på verdensbasis som er CE-godkjent for forhindring av adheranser  
– Gir i tillegg god hemostase



Hemostase og effektiv  
forhindring av  
adheranser i ett og  
samme produkt



Enkelt – Sikkert – Effektivt



Returadresse:  
Den Norske Legeforening  
Pb 1152 Sentrum  
0107 Oslo



LUNSSYMPOSIUM NGF ÅRSMØTE

Astellas Pharma  
ønsker velkommen til lunsjsymposium  
på NGF årsmøte 2018

**Torsdag 25. oktober kl. 12:00 – 13:00**

på Møterom Solskjær  
Meet Ullevaal

*Medisiner kan svekke hjernen  
– den antikolinerge byrde*

**Hege Ihle-Hansen**

Geriatr  
OUS Ullevål Sykehus



Astellas Pharma | Hagaløkkveien 26 | 1383 Asker  
Telefon 66 76 46 00 | kontakt.no@astellas.com | www.astellas.no