

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

1 • 2017



Rapport fra en flyktningleir i Hellas

Prenatal diagnostikk s. 18

Historien om Magnesiumsulfat s. 22

Norge Rundt i Ålesund s. 38



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING



 **AmniSure®**

**Hurtig, pålitelig, ikke-invasiv test
for ruptur i fosterhinne (ROM)**

- ✓ 99 % SENSITIVITET, 100 % SPESIFISITET
- ✓ ENKEL DIP-STICK TEST
- ✓ PÅLITELIG RESULTAT I LØPET AV MINUTTER
- ✓ ANBEFALT AV EAPM (European Association of Perinatal Medicine)
- ✓ BRUKES AV LEGE, JORDMOR, SYKEPLEIER
- ✓ PÅLITELIG MED BLOD I FOSTERVANNET



Navamedic ASA
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: infono@navamedic.com
www.navamedic.com



www.navamedic.com



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Agnethe Lund
Overlege, Helse Bergen HF
E-mail: agnethe.lund@helse-bergen.no

Ny redaktør

Jenny Alvirovic
Overlege, OUS
E-mail: jennyalvirovic@hotmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Renee Waage
LIS Bodø
E-mail: renee.waage@gmail.com

Irina Eide
PSL, Bodø
E-mail: irina.eide@gmail.com

Magne Halvorsen
Privatprakt, SSA Arendal
E-mail: magnehalvorsen@hotmail.com

Espen Berner
Oslo Universitetssykehus
E-mail: espen.berner@gmail.com

Nettredaktør

Tina Tellum
LIS OUS
E-mail: tina.tellum@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

Cox Oslo AS
www.cox.no
Pilestredet 75D, 0354 Oslo

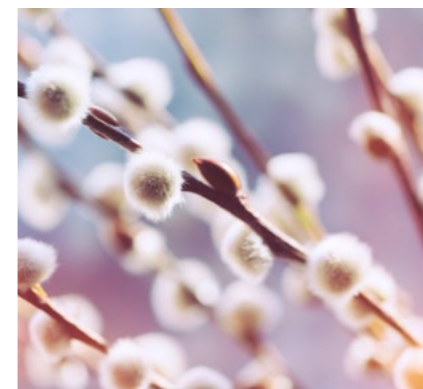
GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2017

- nr. 1; 1. februar
- nr. 2; 1. mai
- nr. 3; 1. september
- nr. 4; 1. november

Opplag: 1250



INNHOOLD

REDAKTØR 5
LEDER 7

INTERVJU Ung og lovande: Anders Einum 10

GYNEKOLOGEN UTENLANDS

Rapport fra en flyktningleir i Hellas 12
Cape Town og fødsler 16

FAGLIG PÅFYLL

Prenatal diagnostikk: fra nåler via ultralyd til blodprøve? 18
Retten til helsehjelp for kvinner med MRKH syndrom 20
Magnesiumsulfat – historisk tilbakeblikk 22

Utvalgte abstracts fra AOGS 27

HORMONHJØRNET Prematur ovariesvikt 32

FUGO

Leder 34
Formøte 2017 - Myoma uteri 35

UTDANNING, KURS OG MØTER

NUGG møtet 2016 36

NORGE RUNDT 38

GYNEKOLOGEN ANBEFALER 42

GYNEKOLOGEN

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

Forsidefoto: Gäsunger | istockphoto.com



- Eneste godkjente misoprostol-legemiddel ved induksjon av fødsel
- Kontrollert frigivelse: 7 µg/time i løpet av 24 timer
- Behandling kan avbrytes ved å trekke vaginalinnlegget ut

Misodel «Ferring Legemidler AS» Prostaglandin. ATC-kode: G02A D06. **VAGINALINNLEGG 7 µg/time:** Hvert vaginalinnlegg inneholder Misoprostol 200 µg (avgir 7 µg/time i løpet av 24 timer), kryssbundet hydrogelpolymer, butylert hydroksyanisol. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel hos kvinner med umoden cervix, fra uke 36 i svangerskapet, hvor induksjon er klinisk indisert. **Dosering: Voksne:** Maks. anbefalt dose: 1 vaginalinnlegg. Skal tas ut når fødselen er i gang, dersom uteruskontraksjonene er langvarige eller for kraftige, dersom barnets liv er i fare eller det har gått 24 timer siden innsetting. Dersom vaginal innlegget faller ut, skal det ikke erstattes. Ved påfølgende administrering av oksytocin, vent minst 30 minutter etter at vaginalinnlegget er tatt ut. **Spesielle pasientgrupper:** Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med opplæring innen obstetrik på sykehus med tilgjengelig utstyr for kontinuerlig føtal og uterin overvåking. Cervix skal undersøkes nøye før bruk. Uterin aktivitet og føtal tilstand overvåkes nøye etter innsetting. Tas ut av fryseren og ut av folieposen like før innsetting. Opptining er ikke nødvendig. Åpne posen ved å rive ved merket langs toppen. Saks kan ødelegge uttakingsystemet. Plasseres vaginalt i bakre fornix, og vendes 90° slik at det ligger på tvers. Vannløselig glidemiddel kan brukes. Ved innsetting vil det øke i størrelse 2–3 ganger og bli bøyeelig. Etter innsetting kan tråden klippes av med saks, men påse at det er tilstrekkelig tråd igjen på utsiden av vagina for fjerning. Pasienten må bli i sengen i 30 minutter. Påse at Misodel ikke fjernes ved toalettbesøk eller undersøkelser. Tas ut ved å dra i tråden. Vaginalinnlegget må aldri fjernes fra uttakingsystemet. Etter uttak, påse at både innsetnings- og uttakingsystemet er fjernet. Se pakningsvedlegg for ytterligere informasjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om eller bevis på at barnets liv er i fare før induksjon. Dersom oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er gitt. Ved mistanke eller bevis på arvevev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. hjerteformet livmor). Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie. Tegn eller symptomer på korioamnionitt, med mindre behandling er gitt. Før uke 36 i svangerskapet. Forsiktighetsregler: Kan føre til overdreven uterin stimulering dersom det ikke fjernes før fødselen er i gang. Fjernes ved langvarige eller unormalt kraftige kontraksjoner, eller dersom det foreligger bekymring for mor eller barn. Dersom kraftige kontraksjoner vedvarer etter uttak bør tokolytisk behandling vurderes. Ved preeklampsi bør bevis eller mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen data finnes ved alvorlig preeklampsi eller hull på fosterhinnen >48 timer før innsetting. Ved positiv streptokokk gruppe-B status som krever profylaktisk antibiotikabehandling, bør tidspunkt for antibiotikabehandling vurderes nøye for å oppnå adekvat beskyttelse. Hvis oksytocin gis, skal innlegget først tas ut, og deretter skal en vente minst 30 minutter før oksytocin gis. Misodel er kun undersøkt i svangerskap med 1 foster i hodeleie. Er ikke undersøkt ved multiple svangerskap eller ved >3 tidligere vaginalfødslar etter uke 24 i svangerskapet. Forsiktighet utvises ved modifisert «Bishops score» (mBS) >4. En påfølgende dose utover maks. dose anbefales ikke pga. manglende data. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC) post-partum er beskrevet ved induert fødsel (fysiologisk eller farmakologisk metode). Butylert hydroksyanisol kan forårsake hudreaksjoner eller irritasjon i øyne og slimhinner. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler som bidrar til induksjon er kontraindisert pga. økt uterotisk effekt. Andre prostaglandinpreparater ble i en studie gitt ved behov 1 time etter uttak av Misodel uten negative effekter. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Kontraindisert før uke 36 i svangerskapet. Amning: Misoprostolsyre utskilles i kolostrum og i morsmelk (peroral administrering), men bør ikke hindre amning. Ingen negative effekter sett hos diende spedbarn. **Fertilitet:** Ikke relevant. **Bivirkninger: Vanlige** (≥1/100 til <1/10): Hjerte/kar: Føtal hjerterytmesykdom (føtale hjerterytmeforstyrrelser, føtal bradykardi, føtal takykardi, fravær av normal variasjon av ukjent årsak, nedsatt føtal hjerterytme, føtal hjerterytmesdeselerasjon, tidlige eller sene deselerasjoner, variable deselerasjoner, forlengede deselerasjoner) av ukjent årsak. Unormal fødsel som påvirker fosteret (uterin takysystole eller uterin hypertonus med føtal hjerterytmesykdom). Mekonium i fostervann. Unormale uteruskontraksjoner (uterin takysystole). **Mindre vanlige** (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Hud: Utslett. Kjønnsganer/bryst: Genitalkløe. Luftveier: Neonatal respirasjonsdepresjon, neonatal åndenødssyndrom, forbigående takypné hos nyfødte. Neurologiske: Neonatal hypoksisk-iskemisk encefalopati. Svangerskap: Blødning antepartum, føtal acidose, blødning postpartum, prematur morkakeløsning, uterin hypertonus, uterin ruptur. **Undersøkelser:** Lav Apgar-score, forhøyet blodtrykk hos mor. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen erfaring. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk prostaglandin E1 (PGE1)-analog. **Virkningsmekanisme:** Forårsaker modning av cervix og uterine kontraksjoner. **Absorpsjon:** Kun misoprostolsyre påvises i plasma. Cmax: 45,8 µg/ml. Median Tmax: 4 timer. **Proteinbinding:** Misoprostolsyre <90% i serum (avhengig av terapeutisk dose). **Halveringstid:** Median terminal T1/2 (etter uttak): Ca. 40 minutter. **Metabolisme:** Raskt til aktiv metabolitt, misoprostolsyre, som metaboliseres videre til inaktiv dinor- og tetranorsyrederivater. **Utskillelse:** Renal for dinor- og tetranorsyrederivater. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i fryser (-10 til -25°C). **Pakninger og priser pr. februar 2016:** 5 stk. (folieposer) kr 6 459,-.



Siste ord er ikke sagt

Når jeg takker for meg som redaktør i Gynekologen er det tid for et tilbakeblikk. Det har vært en stor glede å få dele tanker og ideer med dere lesere av bladet. Jeg har uttalt meg om alt fra setefødslar til intimkirurgi, sexologi, private helsetilbud og interkjønntilstander. I en redaktørtekst påstår jeg at den brautende bergenser ikke passer min identitet. Men etter en kort selvransakelse har jeg innsett at jo – jeg vil gjerne sammenliknes med Frank Aarebrot og Hans Willhelm Steinfeld.

For i disse konflikttider, når Rikslønnsnemda har avslått Legeforeningens krav, er det viktigere enn noen gang at vi hever stemmen. Og hva bør gynekologer rope ut om? Vi bør formidle hva som er viktig i vårt fag. Hvordan jobber vi, hva står på spill, hvorfor trenger vi ressurser? Ingen vet dette bedre enn oss. Dersom arbeidssituasjonen i sykehus tilspisser seg må vi fortelle om hvilke utfordringer vi har.

Norsk Gynekologisk Forening gjør en strålende innsats for fagutvikling og kvalitetssikring. Akkurat nå er det spesialistkravene som diskuteres. Det legges ned utallige arbeidstimer på dugnad når høringer skal besvares eller metoder utvikles. Jeg har noen ganger undret meg over hvordan byråkratiet kan forvente en slik omfattende gratis innsats. Et konsulentfirma ville tatt seg klekkelig betalt og hadde sannsynligvis ikke klart å besvare spørsmålene like bra.

Dette arbeidet forutsetter vårt engasjement. Det er en verdi som kan gå tapt dersom jobbsituasjonen blir for presset. Vårt fagmiljø produserer bevissthet og diskusjon som høyer nivået blant gynekologer og derved bedrer helsetjenestene. NGF bidrar til at enhver gynekolog ikke sitter på en egen tue, men er en del av et fellesskap der kvaliteten på kunnskap og behandling er i fokus.

« Husk at det er vi som ivaretar kvinner og barn. Det må vi snakke høyt om, helt uten beskjedenhet og uansett dialekt! »

Men kanskje NGF i fremtiden også må jobbe som fagforening? Det er ingen tvil om at pengesekken strammes til. Det er heller ikke tvil om at noen fag har høyere status, tildeles mer ressurser og har bedre arbeidsvilkår. Gynekologer har stor arbeidsbelastning (om natten!), det gjelder også spesialister. Vi må være tilstede fordi fallhøyden på vakt er stor. Men vi skal helst like, gjerne elske, å være på jobb. Bare slik bevares kompetanse og ny rekruttering sikres. En bærekraftig forvaltning av de ansatte hever også det faglige nivået.

Akkurat som en høyrøstet (men forhåpentligvis kunnskapsrik) bergenser, må vi være tydelige på behovene innen kvinnehelse og fødselshjelp. Vi må argumentere for gynekologers rett til gode arbeidsforhold og levelige vaktplaner.

Jeg har nok ikke sagt siste ord, jeg har mer på hjertet. Men for nå er det over og ut fra Bergen. Lykke til Jenny Alvirovic som entusiastisk tar over Gynekologen. Takk til NGF for redaktør oppgaven og takk for innpass i styret. Sist men ikke minst, takk for at jeg får være del av et fantastisk fagmiljø. Det er jeg stolt av og det kan alle NGF medlemmer være. Husk at det er vi som ivaretar kvinner og barn. Det må vi snakke høyt om, helt uten beskjedenhet og uansett dialekt!

Vennlig hilsen
Agneth Lund



Ferring Legemidler AS
Postboks 4445 Nydalen
0403 OSLO



MIS/001/02/2016



Hun har ovariekreft.

TEST HENNE for BRCaM.

BEHANDLE HENNE

med Lynparza (olaparib), hvis hun har tilbakefall
av platinumsensitiv BRCaM ovariekreft.¹

De hyppigste bivirkningene ved bruk av Lynparza er kvalme,
fatigue, oppkast, diarè, magesmerter, anemi og hodepine.²

1. Lynparza (olaparib) SPC AstraZeneca 21.12.2016 pkt 4.1.
2. Lynparza (olaparib) SPC AstraZeneca 21.12.2016 pkt. 4.8.



Styret i Norsk gynekologisk forening 2016-2017

Leder: Marit Lieng, Oslo Universitetssykehus og UiO.
m.lieng@online.no

Nestleder: Stine Andreassen, Nordlandssykehuset Bodø.
stine.andreassen@online.no

Vitenskapelig sekretær: Nils-Halvdan Morken, Haukeland UiS og UiB.
nils-halvdan.morken@kk.uib.no

Kasserer (PSL): Arild Kloster-Jensen, Spes. praksis, Arendal.
akloster@online.no

Sekretær (FUGO): Malin Dögl, Helse Nord-Trøndelag,
Sykehuset i Levanger. *dogl.malin@gmail.com*

Styremedlem: Ingrid Volløyhaug, St. Olavs Hospital.
ingridvolløyhaug@hotmail.com

Varamedlem (PSL): Asle Marit Ullen, BestHelse, Nordstrand.
amar-u@online.no

Varamedlem (FUGO): Renee Waage, LiS, Oslo Universitetssykehus.
renwaa@ous-hf.no

Varamedlem: Hans Kristian Opoien, Akershus Universitetssykehus.
hans.kristian.opoien@ahus.no

▼ Lynparza «AstraZeneca»

C Antineoplastisk middel.

ATC-nr.: L01X X46

KAPSLER, harde 50 mg: Hver kapsel inneh.: Olaparib 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Skjellakk, sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, BRCA mutert (kimbanen og/eller somatisk), høygradig, serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritoneal kreft som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi.

Dosering: 400 mg (8 kapsler) 2 x daglig, tilsv. daglig totaldose 800 mg. Behandlingen bør startes senest 8 uker etter at siste dose med platinabasert regime er avsluttet. Behandlingen bør fortsette til progresjon av underliggende sykdom. Anbefalt dosereduksjon for å håndtere bivirkninger til 200 mg 2 x daglig, tilsv. daglig totaldose 400 mg. Er tyrligere, siste dosereduksjon nødvendig, kan reduksjon til 100 mg 2 x daglig, tilsv. daglig totaldose 200 mg, vurderes. **Glemt dose:** Neste normale dose tas til planlagt tid. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Effekten er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke ved nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt nyrefunksjon (Cl_{CR} 51-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (Cl_{CR} 31-50 ml/minutt) er anbefalt dose 300 mg 2 x daglig (tilsv. daglig totaldose 600 mg). Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresvikt (Cl_{CR} ≤30 ml/minutt). Kan brukes hvis fordel oppveier potensiell risiko. Pasienten bør overvåkes nøye mht. nyrefunksjon og bivirkninger. **Barn og ungdom:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre:** Ingen justering av startdose. **Samtidig administrering med CYP3A-hemmere:** Anbefales ikke, og alternative midler bør vurderes. Ved samtidig bruk av sterk CYP3A-hemmer reduseres dosen til 150 mg 2 x daglig, tilsv. en total daglig dose på 300 mg. Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres dosen til 200 mg 2 x daglig, tilsv. en total daglig dose på 400 mg. **Administrering:** Peroral bruk. Tas minst 1 time etter mat, og helst 2 timer før mat. Skal svelges hele.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Amming under behandling og i 1 måned etter siste dose.

Forsiktighetsregler: Hematologisk toksisitet: Er rapportert, inkl. kliniske diagnoser og/eller laboratoriefunn av generelt mild eller moderat (CTCAE grad 1 eller 2) anemi, nøyropeni, trombocytopeni og lymfopeni. Behandling bør ikke startes før restitusjon fra hematologisk toksisitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og nøytrofilverdier bør være innenfor normalområdet eller CTCAE grad 1). Fullstendig blodtelling ved behandlingsoppstart og deretter månedlig, anbefales de første 12 månedene og deretter periodevis. Behandlingen skal avbrytes og hensiktsmessig hematologisk testing igangsettes, ved alvorlig hematologisk toksisitet eller behov for blodtransfusjon. Forblir blodparametrene klinisk unormale etter 4 ukers behandlingsavbrudd, anbefales benmargsanalyse og/eller cytogenetisk blodanalyse. **MDS/AML:** Rapportert hos et lite antall ved monoterapi eller i kombinasjon med annen kreftbehandling. Behandlingsvarighet hos pasienter som utviklet MDS/AML varierte fra <6 måneder til >2 år. Tilfellene var typiske for sekundær MDS/kreft-terapirelatert AML. Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert, anbefales det at pasienten får egnet behandling mot disse sykdommene. Olaparib bør seponeres, og ikke gis i kombinasjon med annen kreftbehandling. **Pneumonitt:** Ved bekreftet pneumonitt avbrytes behandlingen, og pasienten behandles hensiktsmessig. Behandlingen bør avbrytes og utredes raskt, ved nye eller forverrede respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller radiologisk abnormitet. **Bilkjøring og betjening av maskiner:** Asteni, tretthet og svimmelhet er rapportert, og pasienter som opplever disse symptomene bør utvise forsiktighet ved bilkjøring eller ved bruk av maskiner.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Kombinasjon med andre legemidler mot kreft, inkl. DNA-skadelige midler, viser forsterket og forlenget myelosuppressiv toksisitet. Kombinasjon med vaksiner eller immunosuppressiver er ikke undersøkt, og forsiktighet bør utvises. Pasienten bør overvåkes nøye. Effekt av andre legemidler på olaparib: Olaparib metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4/5. Samtidig bruk av sterke CYP3A-induktorer er ikke anbefalt, da effekten kan bli betydelig redusert (se SPC). Effekten av moderate induktorer er ikke fastslått, samtidig bruk er ikke anbefalt. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke (se SPC). Grapefruktjuice skal unngås. Olaparib er et P-gp-substrat, og P-gp-hemmere kan øke eksponeringen (se SPC). Effekt av olaparib på andre legemidler: Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av CYP3A-substrater som er sensitive eller som har smalt terapeutisk vindu. Hensiktsmessig klinisk overvåkning anbefales. Olaparib kan redusere eksponeringen for substrater av enzymene CYP1A2, 2B6, 3A4, 2C9, 2C19 og transportprotein. Effekten av hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres. Legemiddelinteraksjoner med P-gp-substrater kan ikke utelukkes. Hensiktsmessig klinisk overvåkning anbefales ved kombinasjon. Det kan ikke utelukkes at olaparib kan øke eksponeringen av substrater for OATP1B1, OCT1, OCT2, OAT3, MATE1 og MATE2K. Forsiktighet bør særlig utvises ved kombinasjon med statiner.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Ingen data fra bruk hos gravide, men pga. virkningsmekanismen (PARP-hemming) kan olaparib gi fosterskader og skal derfor ikke brukes under graviditet. Fertile kvinner skal unngå graviditet, og før behandling bør graviditetstest utføres. Effektiv prevensjon skal brukes under behandlingen og i 1 måned etter siste dose. Siden det ikke kan utelukkes at olaparib kan redusere effekten av hormonelle prevensjonsmidler, bør en ekstra ikke-hor-monell prevensjonsmetode og jevnlig graviditetstester vurderes. **Amming:** Ukjent om olaparib eller metabolitter utskilles i morsmelk hos mennesker. Ingen dyrestudier er utført. Kontra-indisert under amming og i 1 måned etter siste dose. **Fertilitet:** I dyrestudier er det ikke observert effekt på befruktning, men negative effekter på embryofotal overlevelse.

Bivirkninger: Olaparib-monerapi er forbundet med bivirkninger, vanligvis av mild eller moderat alvorlighetsgrad (CTCAE 1 eller 2). Frekvens for alle CTCAE-gradene er som følger: **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diarè, dyspepsi. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet, dysgeusi. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Anemi, nøyropeni, lymfopeni, økt kreatinin i blod, økt gjennomsnittlig cellevolum. Øvrige: Tretthet/fatigue, inkl. asteni. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smerter i øvre del av abdomen, stomatitt. Undersøkelser: Trombocytopeni.

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Generelle støttende tiltak og symptomatisk behandling.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Potent hemmer av humane poly (ADP-ribose) polymerase (PARP-1, PARP-2 og PARP-3)-enzymene. Hemmer veksten av selekterte tumorceller i vitro og tumorvekst in vivo, enten som eneste behandling eller i kombinasjon med etablerte kjemoterapier. **Absorpsjon:** Cmax nås etter 1-3 timer. Ingen markant akkumulering ved gjentatt dosering. Steady state nås innen ~3-4 dager. Samtidig administrering med mat reduserer absorpsjonshastigheten (Tmax forsinkes med 2 timer), og absorpsjonsgraden øker marginalt (AUC øker ca. 20%). **Proteinbinding:** Ca. 82% (400 mg 2 x daglig). **Fordeling:** Tilsynelatende Vd: ~167 liter. **Halveringstid:** Terminal t1/2: 11,9 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~143 ml/minutt. **Metabolisme:** CYP3A4 er vist, in vitro, å være primært ansvarlig for metabolismen. Omfattende. Hovedsakelig oksidasjonsreaksjoner. **Utskillelse:** Ca. 44% via urin, ca. 42% via feces. Hovedsakelig som metabolitter.

Pakninger og priser: 4 x 112 stk. (plastflasker) kr 55787,30.

Sist endret: 21.11.2016



AstraZeneca AS, AstraZeneca Nordic-Baltic, Postboks 6050 Etterstad, 0610 Oslo Norway T: 21 0064 00 astrazeneca.no



Kjære medlemmer!

Nytt år, nye muligheter og nye medlemmer som engasjerer seg i NGF!

Agnethe Lund har gjort en strålende innsats som redaktør av Gynekologen siden hun overtok i januar 2013. I tillegg til at Agnethe er usedvanlig hyggelig og lett å samarbeide med, er hun engasjert, kunnskapsrik og nysgjerrig. Det har vært en stor glede ha Agnethe som redaktør i Gynekologen, og jeg regner med at de aller fleste av våre medlemmer er enige med meg i at bladet har holdt meget høy kvalitet med Agnethe ved roret. Selv om hun nå leverer stafettspinnen videre for å prioritere annet faglig arbeid, regner jeg med at vi vil høre mer fra henne i fremtiden.

Jenny Alvirovic "hopper etter Wirkola" og tar over som ny redaktør. Jenny er overlege ved OUS med endoskopi som spesialfelt. Jeg er utrolig glad for at Jenny har påtatt seg denne oppgaven, og er sikker på at hun kommer til å utvikle Gynekologen videre i positiv retning. Så er det opp til oss andre å bistå med å spille inn saker, skrive innlegg og sende referater fra faglige opplevelser som har interesse for foreningens medlemmer.

Mette Løkeland har vært vår nettrektør i mange år, og er nå klar for å overlate oppgaven til nye krefter. Mette er også en usedvanlig engasjert og talefør kollega, og hun har redigert og oppdatert nettsidene våre på utmerket vis og med meget kort latenstid. Tina Tellum har tatt på seg oppdraget som nettrektør og er allerede i gang. Tina er LiS og for tiden stipendiat i doktorgrads-prosjekt ved OUS. Hun er en kreativ og effektiv dame som har mange tanker om hvordan vår nettside kan forbedres, jeg regner med at vi vil se mange endringer på nettsidene etter hvert som Tina blir "varm i trøya".

Tusen takk Agnethe og Mette, for innsatsen dere har lagt ned som NGF redaktører, og velkommen Jenny og Tina!

Å sikre en best mulig utdanning for kommende spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer, er etter min mening noe av det

« Å sikre en best mulig utdanning for kommende spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer, er etter min mening noe av det viktigste og mest meningsfulle vi som forening kan være opptatte av »

viktigste og mest meningsfulle vi som forening kan være opptatte av. Det er derfor spesielt gledelig å se at arbeidet med de nye læringsmålene for vår spesialitet engasjerer medlemmene i stor grad. Dette engasjementet var tydelig under debatten på siste generalforsamling, og styret har videre fått veldig mange gode innspill fra foreningens medlemmer i forbindelse med høringen på de nye læringsmålene. Styret arbeider med høringsuttalelsen i nært samarbeid med spesialitetskomiteen og FUGO, og alle innsendte innspill tas med i dette arbeidet.

Det er ingen sak å være leder i en forening med så mange dyktige og engasjerte medlemmer!

Fortsett med å ta kontakt med meg for store eller små innspill til styret. Og merk allerede nå av datoen i kalenderen for årets store begivenhet, Årsmøtet i Stavanger, 25. – 27. oktober.

Vennlig hilsen
Marit Lieng, Leder, NGF

1034802.001.002/2007_NO



FORANDRER LIVET TIL KVINNER MED MYOMER

ESMYA® KAN GI:

- Signifikant og vedvarende reduksjon av myomstørrelsen.¹⁻³
- Hurtig og vedvarende blødningskontroll.^{1,2,4}
- Effekten på symptomene vedvarer i intervallene mellom behandlingsperiodene.³

Referanser:

1. Donnez J, et al. *New Engl J Med* 2012;366(5):421–432.
2. Donnez J, et al *Fertil Steril*. 2014 Jun;101(6):1565–1573.
3. Donnez J, et al *Fertil Steril*. 2015 Feb;103(2):519–527.
4. Donnez J, et al. *N Engl J Med* 2012;366:409–20.

* Innen 7 dager.

ESM-SEP16-NO-16054:1

esmya® 5mg
Ulipristalacetat

Esmya «Gedeon Richter» Progesteronreseptormodulator. ATC-nr.: G03X B02. **TABLETTER 5 mg:** Hver tablett inneh.: Ulipristalacetat 5 mg, hjelpestoffer. **Reseptgruppe:** C. **Indikasjoner:** 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.

Dosering: 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 første 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 behandlingfrie perioder. Gjentatt intermitterende behandling er undersøkt med inntil 8 intermitterende behandlingsregimer. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering anbefalt ved lett nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering anbefalt ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Bruk anbefales ikke ved alvorlig 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, livmorchals, eggstokker eller bryster. **Forsiktighetsregler:** Ulipristalacetat skal kun forskrives etter nøye diagnostisering. Graviditet skal utelukkes før behandling. De fleste kvinnene som tar en terapeutisk dose av ulipristalacetat har anovulasjon, likevel anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode under behandlingen. Ulipristalacetat har spesifikk 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 behandlingsfri perioder 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. 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. Pga. manglende spesifikke studier anbefales ikke ulipristalacetat ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Det foreligger ingen terapeutisk erfaring med ulipristalacetat ved nedsatt leverfunksjon. Nedsatt leverfunksjon er forventet å endre eliminasjonen av ulipristalacetat og føre til økt eksponering. Dette anses ikke å være klinisk relevant ved lett nedsatt leverfunksjon. Bruk anbefales ikke ved moderat eller alvorlig nedsatt leverfunksjon med mindre pasienten overvåkes nøye. Bruk ved alvorlig astma som ikke kontrolleres tilstrekkelig med perorale glukokortikoider, anbefales ikke. **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 grunnet en konkurrerende virkning på progesteronreseptoren. Samtidig administrering av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Etter administrering av den potente CYP3A4-hemmeren ketokonazol (400 mg 1 gang daglig i 7 dager) til friske frivillige, øker C_{max} og AUC for ulipristalacetat hhv. 2 og 5,9 ganger; AUC for aktiv metabolitt av ulipristalacetat øker 2,4 ganger, mens C_{max} for aktiv metabolitt reduseres (0,53 gangers endring). Ingen dosejusteringer anses å være nødvendige ved administrering til pasienter som samtidig får milde CYP3A4-hemmere. Samtidig

administrering av moderate (f.eks. erytromycin, grapefruktjuice, verapamil) eller potente (f.eks. ketokonazol, ritonavir, nefazodon, itrakonazol, telitromycin, klaritromycin) CYP3A4-hemmere anbefales ikke. Administrering av den potente CYP3A4-induktoren rifampicin (300 mg 2 ganger daglig i 9 dager) til friske frivillige reduserer betydelig C_{max} og AUC for ulipristalacetat og dens aktive metabolitt med 90% eller mer, og reduserer halveringstiden til ulipristalacetat 2,2 ganger (tilsvarende en ca. 10 gangers reduksjon av eksponering for ulipristalacetat). Samtidig bruk av potente CYP3A4-induktorer (f.eks. rifampicin, rifabutin, karbamazepin, okskarbazepin, fenytoin, fosfenytoin, fenobarbital, primidon, johannesurt, efavirenz, nevirapin, langvarig bruk av ritonavir), anbefales ikke. Ulipristalacetat kan forstyrre virkningen til hormonelle prevensjonsmidler (rent progestagen, progestagenfrisettende antikonsepsjon (spiral) eller kombinasjon-spiller) og progestagen administrert av andre årsaker. Samtidig administrering av legemidler som inneholder progestagen anbefales derfor ikke. Legemidler som inneholder progestagen skal ikke tas innen 12 dager etter seponert behandling med ulipristalacetat. In vitro-data indikerer at ulipristalacetat kan være hemmer av P-gp ved klinisk relevante konsentrasjoner i den gastrointestinale veggen under absorpsjon. Samtidig administrering 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 administrering av P-gp-substratet feksofenadin (60 mg) ikke har noen kliniske relevante effekter på farmakokinetikken til feksofenadin. Det anbefales derfor at samtidig administrering av ulipristalacetat og P-gp-substrater (f.eks. digibaratnetiksilat, digoksin, feksofenadin) utføres med minst 1,5 timers mellomrom. **Graviditet, amming og fertilitet:** Se Kontraindikasjoner. **Graviditet:** Kontraindisert under graviditet. **Amming:** Ulipristalacetat og dens aktive mono-N-demetylerede metabolitt utskilles i brystmelk med et gjennomsnittlig AUC, 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. Kontraindisert under amming. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Kjønnsgener/bryst: Amenoré, endometriehyperplasi. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Smerter i abdomen, kvalme. Hud: Akne. Kjønnsgener/bryst: Hetetokter, bekkensmerter, ovariecyste, ømhet/smerter i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i muskler og skjelett. Neurologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. Øre: Vertigo. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Munntørhet, konstipasjon. Hud: Alopeci, hyperhidrose, tørr hud. Kjønnsgener/bryst: Metroragi, genital utflod, ubehag i brystene, uterin blødning. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmertor. Neurologiske: Svimmelhet. Nyre/uriner: Urininkontinens. Psykiske: Angst, emosjonell forstyrrelse. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykksverdi, forhøyet blodkolesterol. Øvrige: Asteni, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Dyspepsi, flatulens. Kjønnsgener/bryst: Oppsvulmede bryster, ruptert ovariecyste. Luftveier: Epistakse. **Overdosering/Forgiftning:** Begrenset erfaring med overdosering. Enkelt-doser på opptil 200 mg og døgndoser på 50 mg i 10 etterfølgende dager ble administrert til et begrenset antall personer, og ingen alvorlige bivirkninger ble rapportert. Se Giftinformasjonens anbefalinger for ulipristalacetat G03A D02. **Egenskaper: Klassifisering:** Peroralt aktiv syntetisk progesteronreseptormodulator som karakteriseres av en vevsspesifikk delvis progesteronantagonisteffekt. **Absorpsjon:** T_{max}: Median på 0,75 timer. **Proteinbinding:** Bindes i høy grad (>98%) til plasmaproteiner, inkl. albumin, alfa-1-syre-glykoprotein, lipoprotein med høy tetthet og lipoprotein med lav tetthet. **Halveringstid:** Terminal halveringstid i plasma etter en enkelt-dose på 5 eller 10 mg er beregnet til ca. 38 timer, med en gjennomsnittlig peroral clearance (Cl/F) på ca. 100 liter/time. **Metabolisme:** Omdannes til mono-N-demetylerede og deretter di-N-demetylerede metabolitter, hovedsakelig via CYP3A4. **Utskillelse:** Hovedsakelig via feces, <10% via urin. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen for å beskytte mot lys. **Pakninger og priser (05.2016):** 28 stk.¹ (blister) kr 1408,20. **Refusjon:** ¹ **G03X B02-1 Ulipristal.** Refusjonsberettiget bruk: Preoperativ behandling av moderate til alvorlige symptomer på uterusmyomer hos voksne kvinner i fertil alder.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
X78 Godartet svulst livmor	-	D25 Leiomyom i livmor	-

Vilkår: Ingen spesifisert.

Preparatomtale ble sist oppdatert: 01/04/2016

Ung og lovande: Anders Einum

Av Ragnar Sande

Gynekologen har lenge hatt ei dragning mot portrettintervju av nestorane i faget; dei som har levd ei stund og har mesteparten av karrieren bak seg. Gynekologen vil no løfte blikket mot framtida og sette søkelyset på dei unge, Legar i spesialisering, som skal overta spekelet og føre faget mot nye høgder i tiåra som kjem. Denne gong: Anders Einum, LIS ved St Olavs Hospital.

Hei, Anders!
– Hei!

Vi startar med starten – fortel om korleis du vart fødd. Tid, stad og størst muleg obstetrisk detaljnivå.
– 2 x fødsel, VBAC, 12.06.1986. Dåverande RIT, gamle føde-avdeling. Eg trur fødselen må ha vore ukomplisert. Apgar ukjend.

Fødslen til min storebror var kanskje vel så interessant, han var fødd i Ecuador. Vi kan kalle det sectio på kulturell indikasjon. Dette var det ein av dei fyrste gongane min far såg ein obsterikar i arbeid. Obstetrikaren sat mellom beina til mor og venta. Far tenkte «Du og eg har jammen ein ulik arbeidskvardag». Lyden under sectio beskriv han som «lyden av ein støvel som vert trukken opp av ei myr».

Navn: Anders Einum (30)

Stilling: LIS ved kvinneklinikken
St Olavs Hospital



Fødselen skal ha vore ukomplisert. Imidlertid tendens til torticollis i tidleg barnealder.

Fortel om oppvekst og skulegong.

– Eg vaks opp i ein trygg trønderisk kjernefamilie som midterste barn. Dei blir gjerne mest kunstneriske. Tidleg interesse for det motsette kjønn. Eg vart innmeld i «nei takk-klubben» der ein skulle avstå frå alle søtsaker, der eg forblei innmeld i ein dag. Eg gjekk på Nyborg barneskule og deretter Sverresborg ungdomsskule, der eg hadde same norsklærer som Erlend Loe. Dette kunne fort blitt førande for karriereval; eg trudde lenge eg skulle studere nordisk og bli lærar, men ansåg etter kvart det som ikkje foreineleg med liv. Det kom til eit dramatisk vendepunkt då eg etter vidaregåande skulle søke universitetet. Eg hadde aldri noko kall til medisinen, eg vurderte fysioterapi. Dagen før søknadsfristen hadde eg besøk av mitt søskenbarn som var nyføddelege på Rikshospitalet. Han sa at «studerer du fysioterapi blir du fysioterapeut, studerer du medisin kan du bli kva som helst».

Kvar studerte du medisin?

– Eg studerte medisin på kull -07 ved NTNU i Trondheim. Det var ein homogen og pliktoppfyllande gjeng. Alle gjekk i allværsjakke, sykla til skulen og var glade i ein god fest. Eg har sjølsagt høyrte Pepe sin sangstemme og følt Bjørn Backe sin ambivalens på kroppen, men sjølv gyn/obst terminen hadde eg på Sahlgrenska



Ein gynekolog må ha interesse for utforsking. Her i ein explorer.

« Eg kjenner foreløpig at eg ikkje har behov for å avgrense min faglege interesse ytterlegare »



Einum fortel at han er glad i å lese.

i Göteborg. Du kan seie eg emigrerte til broderlandet i den tida oljeprisen var betre og ein kunne leve som ein greve på eit norsk studielån. Eg hadde Bo Jacobson som sensor på muntleg eksamen. Han beskrev ei gravid kvinne med hovudverk, høgt blodtrykk og epigastriesmerter. «Preeklampsi» sa eg då. «Ja, dette kan du». Så brukte vi resten av eksamen til å snakke om Hardangervidda. Eg kan anbefale utdanning i Sverige... Eg lærte også mykje om uterustransplantasjon.

Når vart interessa for gynekologi vekt?

– Eg var i turnus på medisin ved Stavanger Universitetssjukehus. Eg ville konferere ein pasient med vakthavande gynekolog, som var Astrid Rygh, og før eg var ferdig å diskutere pasienten var eg blitt headhunta til gyn. Etter distriktsturnus vart eg innkalla til militærtjeneste. Dermed hasta det med å legge fram ein plan for alternativ aktivitet, så eg kontakta Astrid Rygh igjen, vart tilsett som LIS på KK i Stavanger, og dermed var det gjort. Eg har alltid likt faget, men aldri sett på det som eit reelt alternativ før eg stod midt oppi det.

Kva del av faget interesserer deg særleg?

– Obstetrikken tiltaler meg fordi det er ein kombinasjon av gammalt handverk i fødselshjelpa og banebrytande teknologi i ultralyddiagnostikken. Eg har aldri vore nokon adrenalinjunkie, eg hadde aldri gidda å bli anestesilege. Gynekologien med all kirurgien vert gradvis meir interessant etter kvart som kompetansen stig. Eg kjenner foreløpig at eg ikkje har behov for å avgrense min faglege interesse ytterlegare.

Er du komen i gang med forskning enno?

– Nei. Det har eg jo ikkje. Det skal eg. Så lenge eg var i Stavanger, med kjærast i Trondheim, var det vanskeleg å binde seg til langsiktige prosjekt. Eg håpar det skal by seg høve til å forske i Trondheim. Det er også viktig for meg å finne eit prosjekt som eg syns er interessant frå starten av. Eg har lyst til å gjere noko innanfor obstetrikken... Eg har høyrte at dei har eit veldig dynamisk ultralydmiljø på St. Olav og NTNU.

Alle gynekologar må ha ein hobby – kva er din?

– Eg var på landslaget i orientering som ung. Eg er glad i å Dinke – viss du veit kva det er?

Nei?

– «Double income - no kids!» Sannsynlegvis ein forbigåande fase, men foreløpig har eg stor glede av å kunne fordjupe meg fagleg og

å kunne reise på ferie utan å bekymre meg for økonomien. I Stavanger vart det ein del bøker. Williams Obstetrics er ein favoritt, og alle burde lese Knausgård. Elles er eg glad i musikk – norsk rock som Seigmenn, Motorpsycho og Obstetriske Menn.

Korleis ser du for deg at faget kjem til å endre seg i løpet av din yrkeskarriere?

– Eg trur det vil bli meir subspecialisert. Med immunterapien sin innmarsj vil gynekologisk cancer havne så langt frå resten av faget at det nesten vil bli ein eigen spesialitet. Den generelle gynekolog/obstetrikar kan bli ein utdøande art. Så kan ein diskutere om det er ei slik utvikling ein vil ha. Eg meiner ei brei grunnutdanning innan gyn/obst er ein verdifull ting i seg sjølv, som vi skal hegne om. Dette diskuterer vi for fullt i FUGO i samband med den nye planen for utdanninga som er på høyring.

Eg trur praktisk obstetrik vil møte utfordringar med aukande forventning og krav frå befolkninga om «skreddarsydd draumefødsel». Det vil bli viktig å vere til stades i den offentlege debatten og formidle fagleg funderte råd, slik at ein ikkje ender opp med 30-40 % sectio. Vi treng stemmer som tør å stå fram og seie kva dei meiner (Red. anm. – Ragnar - Kan vi rekruttere denne herren som journalist i Gynekologen?). Eg trur profesjonen nyt stor respekt i befolkninga, noko vi må verdsette og ta vare på.

Vil Simpsons tang i framtida bli sett bli sett på som eit forhistorisk torturinstrument? Når vi ser på og ler av ultralydbilda vi tok for få år sidan, er det vanskeleg å vite kvar vi er om 20-30 år.

Kvar ser du deg sjølv om 30 år?

– Professor emeritus på Johns Hopkins, køyrer Aston Martin til jobb, røyker pipe og brukar tweedblazer. Framleis arbeid i klinikken, saman med yngre kollegaer som har lyst til å lære meg noko. Eg håpar at eg aldri blir for gammal til å syns det er gøy med pasientar. Håpar eg får eit endå lengre portrettintervju i Gynekologen enn det Rolf Kirschner fekk i forrige nummer.

Og med den beskjedne ambisjonen seier vi takk til unge lovande Einum. Han har kanskje ikkje opplevd krigen, men han har klare tankar om framtida og vi forventar oss store ting av denne unge kollegaen. Vi oppfordrar andre unge kollegaer til å ta vare på dette intervjuet til bruk under Einum sin disputas, 40-års dag og avskjedssymposium. Neste gong – ein endå yngre og meir lovande kollega!

Rapport fra en flyktingleir i Hellas

Av Hilde Sellevoll, LiS, Haukeland

Hellas, november 2016

De siste dagene har det vært iskaldt her. Det er rim i gresset når vi våkner, og ennå er det bare november. Ullundertøyet jeg pakket i siste liten brukes hver dag. Likevel fryser jeg helt inntil hjerteroten når jeg ser hva mange av flyktingene har på seg; enkle joggebukser, tynne fleecejakker og stadig oppdager jeg nakne føtter i Crocs. Vi får høre at det er verre andre steder, at det er kommet snø i fjellene slik at en av leirene der er stengt.

Jeg jobber for en organisasjon som heter Syrian American Medical Society som har ansvar for helsehjelpen i tre ulike flyktingleirer i et område utenfor Thessaloniki, nord-øst i Hellas. I hver leir bor det mellom 200 og 600 flyktinger. Det er hele tiden folk som kommer og andre som reiser, kanskje fordi de er blitt «omplassert» til andre boenheter, eller fordi asylsøknaden deres omsider er ferdigbehandlet. De fleste kommer fra Syria, men det er også noen irakere og afghanere.

Det kliniske arbeidet går litt opp og ned. Det er ulike organisasjoner som gjør sine ting, og manglende samarbeid skaper av og til misforståelser. Allerede på min første dag treffer jeg en 19 år gammel kvinne som er gravid i uke 38 som på grunn av dårlig kommunikasjon mellom ulike organisasjoner, ikke er blitt henvist til videre utredning. Flere uker tidligere har man notert «mistanke om alvorlig IUGR» i papirene hennes. Når jeg undersøker henne med mitt bærbare ultralydapparat ser jeg ingen fostervannslommer og hun beskriver tydelige tegn på fostervannsløkkasje. Vi sender henne direkte til det lokale sykehuset, men hører ikke noe mer om hvordan det går med henne og barnet.

I følge Flyktingregnskapet(1) for 2016 er det i dag 11,7 millioner syrere på flukt i verden, altså en menneskemasse mer enn dobbel så

stor som Norges befolkning. Av nabolandene har Tyrkia tatt imot flest, 2,7 millioner mennesker, mens det i Libanon er registrert 1,05 millioner flyktinger. De fleste syrere som har kommet til Europa har reist via Hellas og i 2015 tok Hellas imot over 850.000 flyktinger. I 2016 var tallet noe lavere grunnet returavtalen mellom EU og Tyrkia. Til sammenligning kom det til Norge i løpet av 2015 litt over 30.000 asylsøkere, både fra Syria og andre land. Samme året besluttet Regjeringen at Norge skal ta imot maks 8.000 syriske kvoteflyktinger i løpet av tre år(2). Tall for 2016 viser at politikken har fungert og antall mennesker som har søkt asyl i Norge har sunket til knappe 3.460(3).

Flyktingene bor i hvite FN-telt som er satt opp på rekke og rad i store støvete industrihaller. I hvert telt bor det mellom fire og seks personer. Det er satt opp felles «festivaltoaletter», noen dusjer og enkelte vaskemaskiner. Nå som det er vinter holder de fleste seg innendørs, men av og til, når solen dukker frem, føles det plutselig som å være mitt i en skolegård med barn som skraker, løper, herjer og ler. Og jeg undrer meg hvorfor disse barna ikke er på skolen. Vi får vite at barna først må gjennom et vaksinasjonsprogram. Leger Uten Grenser har ansvar for gjennomføringen og kommer innom leirene omtrent en gang i måneden.

FNs høykommissær for flyktinger har overordnet ansvar for organiseringen av leirene. Det er politi og militærvakt til stede i hver leir og alle besøkende må vise pass når de ankommer. Det skal også registreres når vi sender pasienter ut, for eksempel til sykehuset. I starten er jeg kritisk til dette strenge vakholdet; er flyktingene kriminelle slik at de må holdes under oppsyn? Senere, etter at vi får høre om en 16 år gammel mor med en baby på to måneder som er savnet, er det vanskeligere å stille spørsmål ved dette. Spesielt når det nevnes «trafficking». Men moren og barnet kommer heldigvis tilbake etter ett og et halvt døgn uten videre



«I følge Flyktingregnskapet(1) for 2016 er det i dag 11,7 millioner syrere på flukt i verden, altså en menneskemasse mer enn dobbel så stor som Norges befolkning»

En av klinikkene Her bor flyktingene.

forklaring på hva som har skjedd. I teorien sies det jo at flyktingene kan reise fritt rundt, men leirene ligger i områder med dårlig offentlig transport slik at den eneste trygge måten å reise til byen på, er å ta taxi, noe få har råd til.

Frivillige helsearbeidere kommer og går, de fleste er her tre eller fire uker, noen lenger. Det er også tre fast ansatte som jobber administrativt. De fleste er fra Storbritannia og USA, og det er en god blanding av erfarne og relativt nyutdannede sykepleiere og leger. Vi bor alle i et leilighetskompleks omtrent midt mellom de tre leirene. Her har vi også et fellesrom der vi spiser frokost, har morgenmøter og ofte treffes om kvelden for å snakke om dagens små og store hendelser. Det er ingen tvil om at det er krevende å jobbe med marginaliserte mennesker som har vært utsatt for intens frykt og angst for seg selv og familien. Samtidig kommer vi med svært ulike erfaringer og vi har forskjellige tilnærminger til vanskelige situasjoner. Det er derfor kanskje ikke så rart at det av og til oppstår uenigheter mellom oss.

Hver dag organiserer vi en slags «walk-in» poliklinikk i hver leir som er åpen fra klokken halv ti til fem. Vår oppgave er å gi den helsehjelpen vi kan med det vi har av ressurser og kompetanse. Ved behov kan vi henvise til andre spesialister eller lokalsykehuset. Behandlingen på sykehuset er uansett gratis, men grunnet den økonomiske situasjonen i landet, er det mye i det offentlige helsesystemet som ikke fungerer helt optimalt.

Det blir etterhvert klart for meg at denne befolkningen er vant til et annet helsesystem der de kan få mange medisiner reseptfritt.



Samtidig lurer jeg også på om de følger anbefalingene de får. En av dagene er det en middelaldrende kvinne med hypertensjon, diabetes og menoragi som dukker opp med en bæreposse med ulike medikamenter. Det er tydelig at hun ikke har oversikt over hvilke tabletter hun egentlig skal ta. Mens andre pasienter venter i kø, bruker jeg nesten 30 minutter på å sortere og deretter forklare ved hjelp av tolk, hvilke medisiner hun skal ta. Likevel grynter hun surt når jeg ikke vil gi henne antibiotika mot hosten sin. Jeg blir oppgitt over hele situasjonen, og det får meg til å tenke på en tidligere opplevelse jeg hadde i India. Der pleide legene å gi saltvannsinjeksjoner for å unngå å skuffe pasientene og tilfredsstillte ønsket om behandling.

Som frivillig får vi ikke lov til å gå rundt i leirene alene. Selv om vi av og til blir invitert på kaffe eller te, får vi heller ikke besøke folk i teltene sine. For et par dager siden valgte jeg likevel å gjøre et unntak. Jeg spurte forsiktig en kvinnelig tolk om å være med meg og vi tok med oss det vi trengte av utstyr; hodelykt, hansker; et enkelt spekulum og mitt dyrebare ultralydapparat. Vi fant etterhvert frem til teltet der kvinnen bodde. Det var like kaldt inne som utenfor. Et dunkelt lys viste at det var tjukke tepper på gulvet, sannsynligvis et forsøk på å isolere mot det kalde murgulvet. To feltsenger var trengt opp i et hjørne og det var få personlige eiendeler. Jeg fant også fire små nysgjerrige småtroll, antakelig i



Utenfor klinikken.

En av leirene.

En av klinikkene

«Jeg forsøker meg stadig på
prevensjonsveiledning, men
jeg møter flere kvinner som
har et bevisst ønske om å
bli gravide »

alderen to til seks år. De spiste tørre kjeks og småkranglet rundt mor som satt midt på gulvet. Øynene hennes var dype og mørke og fortalte en historie som var vanskelig å beskrive med ord. Et par eldre damer hadde oppdaget at vi smøg oss inn i tellet og hentet ut barna slik at vi fikk undersøkt kvinnen i fred. Kvinnen hadde det heldigvis helt fint etter en gjennomgått spontan abort i uke 10-11.

Vi er avhengig av tolk for å kommunisere. Med få unntak er de fleste rekruttert blant flyktningene selv og mange av dem bor også i leirene. De har ingen formell tolkeutdannelse og selv om de snakker bedre engelsk enn de fleste andre, er kompetansen varierende. Fordi de selv er asylsøkere har de ikke arbeidstillatelse, og de betales et «stipend», noe man selvfølgelig kan stille spørsmål ved. Uansett gir det disse enkeltindividene en liten mulighet for å gjøre noe for sine nærmeste, og ikke minst gir det selvtillit og håp, kanskje det viktigste av alt. Da de selv har vært gjennom den samme redselsfulle flukten og også kjent på hvordan hverdagen her i Europa arter seg, bortgjemt i en grå og støvete flyktningleir, har de god innsikt i pasientenes historier. Dette forsøker de å formidle til oss i små og passelig doser. I starten var jeg nesten redd for å spørre for mye, men en dag er det en av tolkene som begynner å fortelle og jeg forstår at dette ikke er noen eventyrhistorie. Han forteller at hun kommer fra en by som heter Idlib, nordvest i Syria, ca. 6 mil fra Aleppo. Han forlot hjembyen sin i desember 2015 sammen med sin gravide kone og sønn på ett år. Han bar med seg eiendelene deres i en sekk på ryggen og sønnen tok han på armen. De vandret i regnet i 3-4 timer for å komme seg over grensen til Tyrkia et sted der de visste det var trygt å krysse uten å bli skutt. På den andre siden fikk de hjelp av bekjente som kjørte dem til Antakya, den nærmeste storbyen. Denne delen av Tyrkia var tidligere en del av Syria, og befolkningen her ønsker flyktningene velkomne. Likevel valgte de å reise videre til Izmir ved Middelhavet. Her gjorde de som mange andre, de betalte menneskesmuglere for å komme seg over til Hellas i båt. Overfarten tok tre til fire time og dette kostet dem 700 dollar per hode, altså ikke småpenger. Planen var å reise nordover til Tyskland, men så bygde

man muren ved grensen til Makedonia. Reisen endte derfor brått her i Hellas hvor de nå har oppholdt seg i snart åtte måneder. Det eneste fornuftige de kan gjøre nå er å vente. I mellomtiden har hans kone født deres andre barn, en skjønn liten jente som han stolt viser meg bilde av på mobilen sin.

Tanken på å skulle få barn i denne situasjonen virker skremmende. Jeg forsøker meg stadig på prevensjonsveiledning, men jeg møter flere kvinner som har et bevisst ønske om å bli gravide. Det er kanskje 30-40 gravide kvinner her og det er flere organisasjoner som fokuserer på denne gruppen. Likevel oppfatter jeg at det ikke er noen som tar det fulle og hele ansvaret. Meningen er at vi skal få på plass et strukturert oppfølgingsprogram, og i første omgang lager vi et «helsekort» slik at vi i hvert fall kan ha en form for felles dokumentasjon. Vi skal også samarbeide med det greske helsevesenet, og kvinnene skal få reise til sykehuset for å føde. Det er derfor viktig at vi trykker kvinnene på at de vil få god behandling der også. For et par dager siden var det likevel en kvinne som fødte i en av leirene sent på kvelden. Det gikk heldigvis bra med både mor og barn. Det mest problematiske i hele situasjonen var at kvinnen ble sendt tilbake til leiren neste dag, mens barnet fremdeles var innlagt på sykehuset. Dette skapte stor uro og det viste seg at det ikke var første gang at dette hendte.

Mens det fortsetter å strømme på med flyktninger over Middelhavet føles det ganske meningsløst å reise hjem til juleforberedelser i Bergen og hjem til den politiske debatten. Plutselig er ikke lenger flyktningekrisen noe som skjer langt der borte. Jeg har møtt dem ansikt til ansikt, jeg har hørt på historiene deres og jeg har forsøkt å forstå litt mer av det disse menneskene opplever i dagens Europa.

(1) Flyktningregnskapet 2016, Flyktninghjelpen. https://www.flyktninghjelpen.no/globalassets/pdf/flyreg/nrc-flyreg-screen_final.pdf
(2) Flyktningforliket, Store Norske Leksikon. <https://snl.no/Flyktningforliket>
(3) Asylsøknader etter statsborgerskap og måned (2016), Utlendingsdirektoratet. <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-maned-2016/>

SAMSUNG

Samsung har lansert en ny portefølje av ultralydapparater. Disse apparatene har blant annet Hybrid Beamforming Engine™, en teknologi som kombinerer 2D og Doppler med kraftig databehandling for å skape stabile signaler og redusert støy. Dette gir raskere bildehastighet og bedre bildekvalitet. Med dette redefinerer Samsung diagnostisk ultralyd.



EKSTREM NØYAKTIGHET

Avansert bildeprosessering og probeteknologi sikrer nøyaktig diagnostikk ved selv de mest komplekse tilfeller.



BRUKERVENNLIGHET

Intuitiv brukergrensesnitt og automatiserte funksjoner og diagnostiske verktøy bidrar til økt nøyaktighet og effektivitet, som igjen gjør kommunikasjon med pasienten enklere.



RASK OG TIDSBESPARENDE

Apparatene har funksjoner som strømlinjeformer undersøkelser og legger til rette for en diagnostisk arbeidsflyt som fører til raskere undersøkelser og en forbedret produktivitet.



HS50

HS60

HS70A

WS80A
with Elite

H60

HM70A

PT60A

Inter-Medical AS
Balders veg 3, 2816 Gjøvik
Tlf. 61 14 63 00 - Mobil 406 17 940
E-post: post@inter-medical.com

INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG ULTRASOUND

Cape Town og fødsler

Reiserapport fra Johanne Sundby

To gynekologer, en sveitsisk og en norsk, har hatt det store privilegium å tilbringe noen høstuger i Cape Town. Vi fikk anledning til å delta i den kliniske hverdagen på Grote Schuur sykehuset, universitetssykehuset til University of Cape Town, og andre fødeenheter i storbyen Cape Town, som også dekkes av et annet universitetssykehus; Tygeberg Hospital og Stellenbosch universitet.

Kliniske tjenester i offentlig sektor er delt i tre nivåer. Grote Schuur som er tertiærsykehus med subspecialiteter. Dette er også hovedsetet for behandling av gyn.cancer i Cape Town. De har en serie spesialiklinikker, og det fungerer som store poliklinikker bl.a. for refraktære infeksjoner, recurrent pregnancy loss, diabetes, hypertensjon osv. Her har de gjennomgang av alle henvisninger, der en gruppe spesialister gjennomgår alle sakene, før yngre leger kjører selve poliklinikken; 100 pasienter per dag. Grote Schuur (GS) har også aborttjenester (medisinske og kirurgiske aborter) som leveres uten spesielle problemer, noe som ikke er selvsagt i Cape Town selv om loven gir tilgang på selvbestemt abort inntil 12 uker, og åpner for abort opp mot 20 uker med noen ekstra kriterier. Dessverre er det mange som vegrer seg mot å utføre abort i de andre institusjonene, og svært mange presenterer seg for svangerskapsavbrudd etter 12 uker, selv om det er enklest å få det til under loven i første trimester.

Spesielt er at spesialist-legene deltar i bakvaktordninger i alle fødesykehusene i byen, og har «outreach» til mer perifere sykehus. Det er ikke så mange spesialister, de er avhengig av at mange «vanlige leger» gjør grunnarbeidet. Allmennleger må lære keisersnitt. Det er mange assistentleger og kandidater; Sør-Afrika har toårig turnustjeneste, halvparten må tas på landsbygda der det er stor legemangel. Sykehuset driver spesialist og subspecialistutdanning, og har til enhver tid også leger i spesialistutdanning fra naboland: Botswana, Malawi, Congo, Ghana. Veldig mange av fødepasientene på GS har multiple problemstillinger og er svært syke med ulike kroniske sykdommer. Ekstrem overvekt, diabetes, HIV/AIDS, tuberkulose, alvorlig preeklampsi, og grand multipara er sentrale problemstillinger.

GS sykehuset er bra utstyrt – men har mange pasienter med store problemer. De har en egen infertilitetsavdeling med andrologi og reproduksjonsteknologi. De er ikke egentlig en veldig produktiv forskningsavdeling, men man har et meget varierte problemstillinger og stor turnover. Noen utvalgte professorer er svært aktive på forskningsfronten (mine to kollegaer Silke Dyer og Sue Fawcus er blant dem). To av professorene er ledere for annenlinje-fødeavdelinger og har sin kliniske praksis og undervisning der. Det virker svært lurt. Der er det flere vanlige fødsler og et enormt pasienttilfang.

Mowbrey sykehuset er et slikt annenlinje spesialistsykehus, bare fødsler, ledet av professor Sue Fawcus. Det har enormt mange



Kollegaer i Cape Town, bl.a. Mallika Patel, to lokale jordmødre og Gynekolog Evelyn Floris fra Geneve.

fødsler, 5-6-700 per måned. Kvinnene ligger seks timer etter forløsning. De har bra utstyrt men mangler noen spesialister, og har akkurat nok jordmødre. Man kan løse de fleste problemene og har en super, stor og velfungerende neonatalavdeling, per i dag med 60 kuvøsebabyer og egen «kangaroo» avdeling. Sykehuset har observasjonspost for fødende, og triage-mottagelse. Det er veldig strikte kriterier for hvem som kan føde hvor og hva som skal henvises videre. 8 fødestuer, vegg i vegg, man anbefaler kvinnene å ta med mannen, en venn eller en mor. De er opptatt av kvalitetssikring – f.eks. mødredødelighet. Ultralyd utføres av radiograf, ikke jordmødre. Dette sykehuset har svært godt rykte i Cape Town, og de som ikke har helseforsikring som gir dem råd til å føde på de private sykehusene, ønsker å føde her. Det er en del private sykehus i CT, og mine kollegaer sier at en del av de studentene som kommer fra mindre privilegerte familier søker seg jobber der fordi man kan tjene mer, og det er nødvendig når man er DEN ene i familien som har god utdanning og jobb.

Lederen for Mowbrey, Sue Fawcus, har også lang forskningserfaring og sitter i landets mødre og nyfødtdødelighetskomite og har sammen med meg sittet i fagstyret for WHO's reproduktiv helse forskningsprogram. Hennes mann, professor i samfunnsmedisin, er gjesteprofessor i Bergen.

Somerset sykehuset i byen er like stort, men adskillig mer moderne. Veldig fine to-pluss-to fødestuer, svært godt utstyrt med tekniske hjelpemidler. Mer «privat» sånn sett, med tilgang på CTG og ultralyd. Det ligger midt i sentrum og er egentlig det eldste sykehuset, men er flyttet, gjenoppbygget og renoverert nylig. De har også stor turnover av pasienter. Lederen for dette sykehuset



er interessert i mer forskning. For tiden holder han på med et prosjekt der de ser på mødredødelighet utenfor sykehus.

Førstelinje fødselshjelp skjer blant annet på Jordmorstyrte fødestuer i de svarte townshipene. Vi besøkte Mitchells Plain Midwives Obstetric unit; mange fødsler, opp til 300 per mnd. De kompliserte sendes videre, men f. eks. HIV positive føder der. Her finner man veldig mye sosiale kasus, høy fertilitet og lite beredskap på prevensjon. Svangerskapskontrollen foregår også her. Bra fødselshjelp, men små fødestuer bare isolerte med gardiner. Mange har med mennene, mødre eller venninner.

Ultralydradiograf bl.a. opplært av Sturla Eik-Nes mener det er stor helse-uvitenhet blant folk og er litt oppgitt over at kvinnene får så mange barn i så ustabile settinger. Her blir mange gravide uten å planlegge det. Det er mye vold, arbeidsløshet og sosial nød. De fleste møter til svangerskapskontrollene og alle føder på klinikk. Men de kommer noe seint i fødselen og reiser igjen tidlig. Det er flere post partum prevensjonsprosjekt på gang; innsetting av spiral og implantat i forbindelse med fødsel f. eks. det er en svært svangerskapspoliklinikk, og alle som har født kommer tilbake dagen etter for hørselscreening av nyfødte og vaksiner og prevensjon. Leger fra andrelinje sykehus er her enkelte dager i uka, og tar vanskelige kasus, veileder i forsøk og forsknings-studier, og noen medisinerstudenter har rotasjon her. Jeg opplevde dette som et hektisk sted, men litt dårlig plass men ganske systematisk organisert. Bra teknisk fødselshjelp, men det skorter vel litt på omsorgen.

Her er det stor andel HIV smittede gravide, og de står for en stor del på antiretrovirale midler som de fortsetter med etter fødsel. De HIV testes minst to ganger i graviditeten, for noen blir HIV konvertitter i løpet av svangerskapet. Alle blir oppfordret til å gi



morsmelk, og spedbarna får nevirapine så lenge de ammer. Noen studier har vist en sammenheng med noen typer ATV og økende frekvens av alvorlig preeklampsi.

Jeg tror gjensidig kontakt mellom fagmiljøene i Cape Town og Norge kan dra nytte av hverandre. Både kunne de ha glede av å se våre gynekologiske cancerprogrammer, og se nærmere på f. eks. mulighetene som ligger i helseinformatikk som fødselsregisteret og kvalitetsarbeidet som foreningen har gjennomført. Den kliniske virkeligheten i Sør-Afrika er på den annen side meget relevant for forskning om svangerskapsmorbiditet, helse-systemer og en god del annet. Sør-Afrikanske universiteter har store utfordringer både med utdanningslikevekt med inntak av studenter fra mindre privilegerte områder av befolkningen, stort pasientvolum og travle roller som klinikere og undervisere, samt faglige utfordringer som er større enn våre. Bidrag i form av kurs, veiledning og prosjekter er derfor interessant.

Prenatal diagnostikk: fra nåler via ultralyd til blodprøve?

Av Vasilis Sitras, Overlege, Fostermedisin, Oslo og Akershus Universitetssykehus og Førsteamanuensis, Universitet i Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet godkjente mars 2017 bruk av non-invasiv prenatal testing for påvisning av trisomi 13, 18 og 21. Vasilis Sitras forklarer Gynekologens lesere hva NIPT er.



Prenatal diagnostikk basert på ultralyd, definert som ultralydundersøkelser som har til formål å avdekke føtale avvik og/eller kromosomfeil, har blitt tilbudt gravide kvinner de siste 40 år. For å diagnostisere kromosomfeil hos foster er det nødvendig å utføre en invasiv ultralydveiledet prosedyre; altså morkakeprøve rundt svangerskapsuke 11 eller fostervannsprøve etter svangerskapsuke 15. Disse prosedyrene har en abortrisiko mellom 0,1-0,5 % (1). Derfor er det utviklet en ikke-invasiv metode som, basert på maternell alder, beregner individuell risiko for kromosomfeil. Metoden heter KUB (kombinert ultralyd-blodprøve) og består av ultralyd utført i første trimester (11-13⁺ uker) der man ser etter markører for kromosomfeil (økt nakke-translusens, fraværende neseben, føtal hjertefrekvens, ductus venosus og tricuspidal Doppler) kombinert med en blodprøve av mor, kalt duotest (måling av beta-HCG og PAPP). Hvis den individuelle risiko etter KUB er høyere enn en bestemt

grense (vanligvis 1:150-1:250) tilbys mor invasiv prøve for å bekrefte eller avkrefte diagnosen.

Første gang det ble vist at det finnes fritt-føtal-DNA (ff-DNA) i mors blod-sirkulasjon var i 1997 (2). Videre ble det i 2011 utviklet en metode der man i første trimester, basert på ff-DNA, kan teste om fosteret har kromosomfeil, altså om den har en av de vanligste former for aneuploidi hos mennesker: trisomi 21, 13 eller 18. Dette kalles "non-invasive prenatal testing" (NIPT) og har som formål å redusere antall invasive prosedyrer og dermed redusere antall spontanaborter. En oversiktsartikkel med meta-analyse publisert i oktober 2016(3) viste at sensitivitet av NIPT for deteksjon av Down syndrom for høy-risiko svangerskap er 99.8 %, spesifisitet 99.9 % og falsk positiv rate 2.7%. Tilsvarende tall for lav-risiko svangerskap er noe lavere: sensitivitet 99.3 %, spesifisitet 99.9 % og falsk positiv rate 20 %. Det vil si at deteksjon av Down syndrom er veldig høy, men NIPT er ikke diagnostisk. Til sammenligning har KUB test en deteksjonsrate for trisomi 21 på 90 %, med en falsk-positiv rate på 4% (4). NIPT har en pooled sensitivitet for deteksjon av trisomi 13 og 18 på henholdsvis 97.5 og 97.7 %. Et problem i kliniske studier er at det er nødvendig med re-analyse av NIPT i ca 0.9-4.6% av tilfeller pga "no report". De vanligste grunner for dette er: lite prøvevolum, lav konsentrasjon av ff-DNA -særlig hos overvektige kvinner- eller "assay failure". Alt tatt i betraktning er det viktig å poengtere at det fortsatt er nødvendig å bekrefte NIPT svar med invasiv prøve, når svangerskaps-avbrudd er et alternativ for parene.

NIPT er tilbudt til gravide kvinner i flere land, inkludert alle andre skandinaviske land, enten som første linje screening eller som «contingency test» etter KUB screening, altså når individuell risiko for Downs syndrom er mellom 1:10-1:1000. Norge er eneste land som siden 1. januar 2005 har Bioteknologiloven, som regulerer fosterdiagnostikk (kapittel 4). NIPT er ikke tillatt for deteksjon av føtale kromosomavvik, men er blitt godkjent for Rhesus-genotyping av foster hos Rhesus-negative kvinner. Bioteknologinemda har nylig publisert en utfyllende rapport om NIPT og konkluderte med at Stortinget bør behandle vilkårene for fosterdiagnostikk (5).

Fostermedisin er en sub-spesialitet innen gynekologi og obstetrik som beveger seg mellom flere spesialiteter, som for eksempel nyfødtdiagnostikk, medisinsk genetik, barnekirurgi og MR-diagnostikk. Klinisk etikk er et sentralt og vanskelig emne innen fostermedisin. Medisinsk teknologi utvikler seg raskt, både når det gjelder diagnostikk og behandling. Lovgivning, basert på samfunnets og individets premisser, er nødvendig for å sette klare grenser, der medisinsk teknologi og etikk møtes. Det er derfor viktig at en i Norge utreder om NIPT skal innføres som tilbud ved prenatal diagnostikk, og for hvilke gruppe gravide. I så fall bør dette baseres på en randomisert kontrollert studie utført i et nasjonalt samarbeid med alle fem fostermedisinske sentra.

Referanser:

1. Akolekar R et al. Ultrasound Obstet Gynecol. 2015
2. Lo YM et al. Lancet 1997
3. Iwarsson E et al. AOGS 2016
4. Fetal Medicine Foundation (<https://fetalmedicine.org/research/assess/trisomies>)
5. <http://www.bioteknologiradet.no/filarkiv/2015/08/Fosterdiagnostikk.pdf>

mindray



Prøv en av våre mange modeller

DC-N3 Pro



DC-40



DC-60



DC-70



DC-8



Resona 6



Brosjyre fra Helse-
direktororatet,
mer informasjon
finner du på
Helsenorge.no

Kontakt oss på telefon 41 50 72 44 eller e-post
admin@mastersurgerysystems.no



MASTER
Surgery Systems AS

Retten til helsehjelp for kvinner med MRKH syndrom



Av Jurist Siri Solend

Juristen Siri Solend har skrevet masteroppgave om rettigheter ved MRKH syndrom. Her kan du lese en kortversjon som gir nyttig innsikt i hvordan pasientrettigheter bør ivaretas når vi møter kvinner med spesielle utfordringer. Medvirkning, informasjon og et kompetent tverrfaglig tilbud er sentralt.

MRKHS er en forkortelse for Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrom. Syndromet rammer de reproduktive organer hos kvinner. På grunn av en utviklingsfeil i fosterstadiet utvikler ikke livmor og skjede seg fullt ut. Det er ulike grader av MRKHS, og noen har tilleggsplager. Syndromet fører til at samleie er umulig eller vanskelig å gjennomføre og at kvinnen ikke kan bli gravid. Syndromet blir som oftest oppdaget i tenårene, fordi jenten ikke får menstruasjon. Syndromet rammer ca. én av 4/5000 jenter og i Norge blir det født ca. 5 jenter hvert år med MRKHS. På grunn av jentens unge alder og fordi syndromet er sjeldent og tabubelagt er hun i en sårbar situasjon når hun møter helsevesenet. Den juridiske masteroppgaven «Retten til helsehjelp for kvinner med MRKHS: Herunder retten til forsvarlig helsehjelp, medvirkning og informasjon» tematiserer hvordan helsehjelpen må tilpasses deres situasjon. Denne artikkelen er en oppsummering av hovedfunnene i oppgaven.

Barnets og kvinnens eget synspunkt står sentralt i barne- og kvinnevernet. Kvinner med MRKHS sine egne meninger om helsetilbudet er nyttig når en skal redegjøre for hva helsehjelpen bør innebære. I følge organisasjonen MRKH Norge er fokuset ved helsehjelpen ofte å fikse de fysiske problemene som å danne/fordype skjeden. Etter behandlingen er man overlatt til seg selv. Mange opplever å ikke få god nok in-

formasjon om syndromet og at legene ikke tar de psykologiske følgene av syndromet på alvor. For å se nærmere på dette er 6 kvinner med syndromet intervjuet om deres opplevelse av møtet med helsevesenet. Kvinnene beskriver at de opplevde helsehjelpen som mangelfull. De pekte i tillegg på at helsepersonell manglet kunnskap om syndromet og at de ikke var sensitiv overfor deres sårbare situasjon. De etterlyste mer informasjon om diagnosen, behandlingsformer og mulige komplikasjoner, andre behandlingstilbud og reproduktive muligheter. Ingen av kvinnene hadde reel medvirkning ved valg av behandlingsform for å danne/fordype skjeden.

Jenten må sikres medvirkning ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Sett i lys av internasjonale og nasjonale anbefalinger er det ingen tverrfaglig konsensus om hva som er den beste behandling for å danne/fordype skjeden. Selvbestemmelsesrett er et grunnprinsipp ved seksuell og reproduktiv helse. Valget mellom ulike behandlingsmetoder vil påvirke kvinnens reproduktive og seksuelle helse i stor grad. Kvinnens selvbestemmelsesrett må sikres gjennom tilpassing av helsehjelpen til den enkelte kvinnens ønske og behov. Jentens motivasjon er helt sentral ved valg av behandlingsform. Dersom jenten ikke får medvirke ved valg av behandlingsform øker sannsynligheten for at hun vil oppleve behandlingen som

problematisk. Dersom jenten må bruke en metode hun egentlig ikke føler seg komfortabel med vil dette kunne være skadelig for henne. Valg av behandlingsmetode uten medvirkning fra kvinnen vil derfor være uforsvarlig helsehjelp. Jentens sårbare situasjon og unge alder legitimerer ikke å frata jenten hennes rett til å bli hørt. Spesielle tiltak og støtte må iverksettes, som for eksempel tilbud om psykososial oppfølging. Retten til medvirkning stiller også strenge krav til hvilken informasjon som blir gitt, og hvordan.

Tilstrekkelig og tilpasset informasjon er en forutsetning for at jenten skal kunne ivareta sin selvbestemmelsesrett. Informasjonen må tilpasses jentens alder, modenhet og erfaring. Hun må få grundig informasjon om ulike behandlingsmetoder for å danne/fordype skjeden, herunder muligheten for operasjon i land hvor de har høyere kompetanse. Det er en del av forsvarlighetskravet at legene skal holde seg oppdatert. En skjev fremstilling av informasjon fratrukker jentens reelle adgang til å medvirke. Ettersom seksuell helse ligger i kjernen av menneskets fysiske integritet vil komplikasjoner som kvinnen ikke har blitt informert om, kunne oppleves som en integritetskrenkelse. Informasjon om mulige komplikasjoner ved behandlingen kan forebygge utrygghet og frustrasjon hos pasienten. Informasjon om konsekvenser ved behandlingsformen er også en forutsetning for at jenten skal kunne foreta et informert samtykke. Videre må kvinnen få informasjon om reproduktive muligheter, herunder adopsjon, surrogati, fosterforeldre og livmortaltransplantasjon. Informasjonen bør også innebære praktiske opplysninger slik at de kan planlegge fremtiden.



Faksimile fra VG 2015. Lise Gimre som driver MRKH Norges nettside, til venstre.

Tiltak som kan sikre forsvarlig helsehjelp er psykososial oppfølging, henvisning til kompetent helsepersonell, og et helhetlig og koordinert tjenestetilbud organisert av en kontaktlege.

Tilbud om psykososial oppfølging er en forutsetning for forsvarlig helsehjelp. Jenter med MRKHS blir oftest diagnostisert i tenårene, som er en sårbar periode. Helsehjelpen må derfor adressere psykososiale så vel som fysiske utfordringer ved syndromet. Samtaler vil kunne dempe noe av den uroen og angsten jenten kan oppleve. Behovet for psykososial oppfølging vil muligens være større i land hvor surrogati ikke er legalisert, ettersom kvinnen da ikke har mulighet til å få egne barn. Legen har ofte en tendens til å fokusere på det anatomiske og kroppslige, og har kanskje ikke tilstrekkelig kompetanse til å snakke om de psykososiale konsekvensene av syndromet. En psykolog vet hvordan en skal formulere seg og danne et godt grunnlag for samtale. Videre bør støttegruppe og tilbud om samtaler med foreldre og eventuell partner inngå som en del av den psykososiale oppfølgingen. Foreldre og partner kan være usikker på hvordan de skal forholde seg til syndromet, og på best mulig måte støtte jenten. Mer åpenhet rundt syndromet vil være positivt for jentens tilpasning til syndromet da det kan redusere følelser av skam og tabu.

Et kompetent og sensitivt helsepersonell er nødvendig for å kunne gi en faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp.

Kvinner med MRKHS må henvises til en lege med spesialkompetanse på syndromet ved spørsmål om seksuell og reproduktiv helse. Helsepersonellet bør ha kompetanse til å jobbe med tenåringers helse, og være sensitiv overfor deres sårbare situasjon. Et kompetent personell vil ha bedre forutsetninger for å kunne gi informasjon på en hensynsfull måte. Helsepersonellens ordbruk, definisjoner og måte å tilnærme seg syndromet på vil i stor grad påvirke jentens syn på syndromet. For eksempel er at det er stor forskjell på å si «du kan ikke få barn», og «du kan ikke bli gravid». Et sensitivt helsepersonell er også en forutsetning for å kunne ivareta kvinnens selvbestemmelsesrett og medvirkning. Man må redusere avstanden mellom jenten og legen og danne en trygg og uformell setting. Det gir et godt grunnlag for å tilpasse helsehjelpen til kvinnens individuelle ønsker og behov. Legene må bruke tid på å finne ut hvilken metode jenten er mest motivert for. Det kan være vanskelig for jenten å velge mellom de ulike behandlingsformene, ettersom alle har sine ulemper og fordeler. Helsepersonellet bør derfor komme med en anbefaling om hvilken metode som i sum synes å fremstå som den beste for henne. Et helhetlig og koordinert tjenestetilbud bør sikres gjennom en kontaktlege. En kontaktlege som kjenner kvinnene og har kompetanse på syndromet kan gi kvinnene bedre tilgang til helsetjenester. En kontaktlege kan fjerne barrierer i kvinnens tilgang til helsetjenester, bygge opp tilliten og redusere bekymringer for behov for helsehjelp i fremtiden. Psykiske



MRKH T-skjorte.

reaksjoner på syndromet, senkomplikasjoner eller behov for informasjon kan komme på et senere tidspunkt. Kvinnene må derfor ha kontaktlegen også etter endt behandling. Den psykososiale oppfølgingen må organiseres av legen, og et tverrfaglig team må sørge for at kvinnen gis en stabil og forutsigbar oppfølging. Sentralisering av helsetilbudet kan være en måte å sikre kvinner med MRKHS forsvarlig helsehjelp på. Et spesialisert tilbud vil være oppdatert og tilpasset kvinnens behov. Flere av kvinnene i spørreundersøkelsen påpeker imidlertid at det er en fordel om tjenestetilbudet er i nærheten av hvor de bor. Men sentraliserte samlinger er en god måte å gi informasjon på.

Oppsummert kan en si at forsvarlig helsehjelp for kvinner med MRKHS er å sikre jentenes rett til å medvirke gjennom tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Det må utarbeides gode rutiner for henvisning til kompetent helsepersonell, og kvinnene må ha en kontaktlege som har ansvaret for koordineringen av den psykososiale oppfølging og det øvrige helsetilbudet.

Artikkelen er skrevet av Siri Solend. Hun er utdannet barnevernspedagog og jurist og jobber nå som rådgiver på helse- og sosialavdelingen hos Fylkesmannen i Hordaland.

Link til masteroppgave:
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/44520>
Mer informasjon om MRKH syndrom:
www.mrkhnorge.org

« Sentralisering av helsetilbudet kan være en måte å sikre kvinner med MRKHS forsvarlig helsehjelp »

Magnesiumsulfat

– et historisk tilbakeblikk fra Brovkin til Magpiestudien

Av Irina Eide

I 2002 slo Magpie studien fast at magnesiumsulfat halverer eklampsirisiko og reduserer risiko for maternell død hos kvinner med preeklampsi (1). Siden det har $MgSO_4$ blitt en gullstandard både som primær og sekundær krampeprofylakse og som primær eklampsibehandling verden rundt. I dag står Magnesiumsulfat på WHO Model List of Essential Medicines, - en liste over de viktigste basale medikamenter i helsevesenet (2).

Før 90-talet var diazepam og fenytoin førstevalgs antikonvulsanter i Europa. En rekke studier på 90-tallet viste at $MgSO_4$ er bedre enn disse både for å behandle og å forebygge anfall (3). Dette er noe vi alle vet. Men at suksesshistorien om $MgSO_4$ startet på 30-tallet i Russland er nærmest ukjent.

Glemt navn

Dmitri Pavlovich Brovkin (1885-1969) vokste opp ved Volga bredden i Astrakhan provinsen sør i Russland. Medisinsk embets-eksamen tok han ved Universitet i Kasan i 1913. Som feltkirurg deltok Brovkin i første verdenskrig. Fra 1920 til 1925 var han reservelege på gynekologisk klinikk ved Universitetet i Yuryev. Resten av sitt liv har han jobbet i Leningrad, først som dosent i Det 2. medisinske institutt og deretter som avdelingsoverlege og professor (fra 1949) i Det sentrale forskningsinstitutt for obstetrikk og gynekologi.

Tetanusmedisin for eklampsibehandling?

Magnesiumsulfat var først brukt ved tetanusbehandling for mer enn 100 år siden. Dette har inspirert noen obstetrikere. Einar var en av de første som rapporterte om to vellykkete eklampsibehandlinger med intraspinal $MgSO_4$ injeksjon så langt tilbake som i 1907, etterfulgt av Rissmann (1913) og Alton (1924) (4).



Begravelsessted til Dmitri Pavlovich Brovkin i Gatchina, forstad til St. Petersburg.

På slutten av 20-tallet ble Brovkin kjent med tidligere observasjoner av intraspinal $MgSO_4$ injeksjon ved eklampsi. I 1930 begynte Brovkin og hans kollegaer å bruke $MgSO_4$ for eklampsibehandling (5). Først brukte de subkutane injeksjoner med 200 ml 3% $MgSO_4$ og oppnådde sterk reduksjon av maternell og perinatal dødelighet samt antall operative forløsninger. Ingen av de første 62 kvinner som fikk behandlingen døde, sammenlignet med 17-18 % dødelighet ved behandling med Morfin + Kloralhydrat og Kloroform.

Fra 1933 begynner Brovkin å bruke hypertonsk 20 % $MgSO_4$ og etter hvert utarbeidet han den såkalte «Brovkin metode» med intramuskulær injeksjon av 20 % $MgSO_4$ 30 ml hver 4. time med maksimalt 4 injeksjoner som svarer til 24 g døgndose $MgSO_4$. Til sammenligning bruker vi i dag bolus dose på 20 mmol som svarer til 4,9 g $MgSO_4$ og maksimal vedlikeholds døgndose på 150 mmol som svarer til 36,9 g $MgSO_4$ (6), - altså tilsvarende mengder.

Sammenlignet med vårt moderne i.v. $MgSO_4$ -skjema gir Brovkins metode mindre (faktisk ingen) overdoserisiko, men i.m. $MgSO_4$ injeksjoner er smertefulle og utsetter pasienten for abscess dannelse, slik at de neppe kan bli aktuelle i vår modere verden.

Den første i Europa

Brovkin ønsket å finne en enkel og effektiv forebygging og behandling av eklampsi som kunne brukes både på store sentrale sykehus og på de mindre fjerne fødestuer, og hans metode ble litt etter hvert innført på mange steder i landet.

« Dmitri Pavlovich Brovkin var den første i Europa som innførte systematisk bruk av $MgSO_4$ for forebygging og behandling av eklampsi »



Mor og barn i beleiret Leningrad. Vår 1943.

Det er dessverre ikke enkelt å si hvor mange krampeanfall som har bitt unngått ved bruk av Brovkin metode hos kvinner med alvorlig preeklampsi, da randomiserte placebo-kontrollerte studier ble ikke utført på 30-40-tallet. Men vi vet at maternell dødelighet ved eklampsi minsket dramatisk. Av 967 kvinner med eklampsianfall i hans materiale samlet til 1948, døde 34 kvinner, hvorav 8 døde av assosierte årsaker (sepsis og peritonitt) (5).

Under beleiring av Leningrad i 1941-44 så obstetrikere en sterk økning i eklampsianfall hos gravide, og $MgSO_4$ var en standard behandlingsmetode i disse dramatiske dager. Man kunne da blande $MgSO_4$ i små flasker på apotekene til engangsbruk.

Dmitri Pavlovich Brovkin var den første i Europa som innførte systematisk bruk av $MgSO_4$ for forebygging og behandling av eklampsi, og det er trist at hans navn er så lite kjent. Alle som studerte medisin i gamle Sovjet kjenner til Brovkin metode, men vi vet lite om ham som person. I en bok om kjente gynekologer gjennom 300 år utgitt i St. Petersburg i 2010 finnes det bare en kort og tørr biografi, bokforfatteren er til og med usikker på når denne viktige fødselslegen døde.

Litteratur:

- Altman D, Carroli G, Duley L, Farrell B, Moodley J, Neilson J, et al. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002 Jun 1;359(9321):1877-90.
- www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines
- Duley L, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update software, 2002.
- Strander HJ. *JAMA*. 1929;92(8):631-637.
- Brovkin DP. *Eklampsia*. Medgiz, 1948.
- Veileder i fødselshjelp 2014.

Warming Critical Care – nå i Norge!

Warming Critical Care er en fet krem som brukes som et komplement til legemidler ved behandling av Lichen Sclerosus, Lichen planus og andre hudsykdommer på og rundt vulva, men som også kan brukes på tørr og irritert hud på kjønnsleppene.

Warming Critical Care smøres inn som et tynt lag på og omkring de indre og ytre kjønnsleppene 2 ganger daglig. Den høye fettprosenten på 85% gjør at kremen smelter direkte ved hudkontakt og gjør det enkelt og behagelig å bruke kremen uten at det klisser.

Når man bruker en krem på tørr og irritert hud i underlivet er det viktig at man bruker en krem med så få ingredienser som mulig for å minske risikoen for allergiske reaksjoner. Warming Critical Care er hypoallergenisk og inneholder kun 4 ingredienser; mineralolje, hvit bivoks, en naturlig fuktgiver og under 10% vann – ingenting annet!



- 0% parabener
- 0% fargestoffer
- 0% parfyme
- 0% konserveringsmidler

Warming Critical Care kan kjøpes hos Vitus Apotek og har varenummer: 994941

Dersom dere ønsker vareprøver eller informasjonsmaterieil til pasienter på deres klinikk, kontakt oss på: info@consumerhealth.no eller ring +46 8 718 04 24

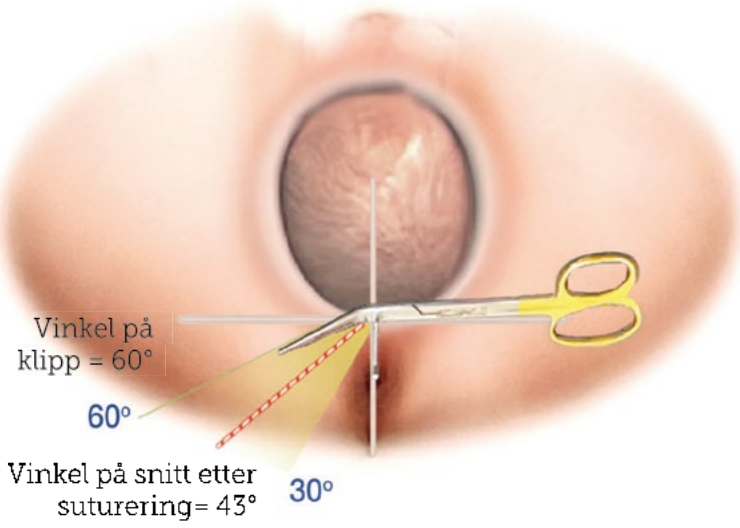
**WARMING
CRITICAL CARE**

Leverandør av utstyr til gynekologi og obstetrikk

Episcissors-60

Vinklet saks med retningsguide til bruk ved episostomi

- Gir kontrollert klipp på 60°
- Etter suturering er snitt 43°
- Mindre fare for skade på anal-sfinkter



Fetal Pillow

Brukes ved sectio etter mislykket tang- eller vakuum

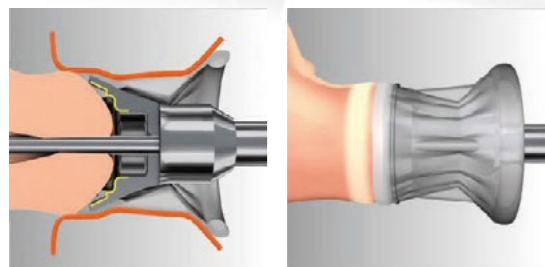
- Gjør det enklere å utføre sectio
- Reduserer skade på mor og barn
- Kortere operasjonstid og sykehusopphold

Fetal Pillow legges inn under barnets hode rett før sectio, og tilsettes 180 ml væske som gir et skånsomt løft av barnets hode.



Wolf SecuFix Uterus-manipulator

- Benyttes ved TLH
- Består av få deler
- Enkel i bruk
- Utstyrt med lys og vakuum
- Forenkler kolpotomien



Uterus fikseres med vakuum

Lyser gjennom livmorhalsen



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

January 2017 | Volume 96, Issue 1

Performance of mRNA- and DNA-based high-risk human papillomavirus assays in detection of high-grade cervical lesions

Elina Virtanen, Ilkka Kalliala, Tadeusz Dyba, Pekka Nieminen, Eeva Auvinen

Introduction

The aim was to assess the performance of two commercial assays for the detection of high-risk human papillomavirus (hrHPV): Aptima HPV Assay (Hologic, Inc., Marlborough, MA, USA) which detects mRNA of 14 different hrHPV types, and Hybrid Capture 2 HPV DNA test (HC2; Qiagen, Gaithersburg, MD, USA), which detects the DNA of 13 different hrHPV types. Test performance was compared in the settings of a standard colposcopy clinic, among the regular patient flow.

Material and methods

Two separate cervical cell samples for Aptima and HC2 testing were collected from women referred to colposcopy or a cervical follow-up visit. Altogether, 481 paired samples were analyzed and all positive samples were also tested using the Aptima HPV 16/18/45 Genotype Assay. Results from the two assays were compared directly and with stratification by histology and cytology from the same sampling visit.

Results

The overall agreement between HC2 and Aptima assays was 92.9% (Kappa coefficient of 0.855). The sensitivity and specificity of

the assays in detecting CIN2+ were 92.5 and 58.2% for HC2, and 94.0 and 59.3% for Aptima, respectively. No significant differences between the assays were found (p -values >0.5). Both assays detected all CIN3 ($n = 30$) and carcinoma ($n = 2$) cases.

Conclusions

The mRNA-based Aptima assay and the extensively studied DNA-based HC2 test performed equally well in detecting high-grade cervical lesions. Our data contribute to the growing evidence base indicating that the mRNA-based Aptima assay could be used for the triage of patients with HPV-associated cervical disease.

Analysis of cell-free fetal DNA in maternal blood for detection of trisomy 21, 18 and 13 in a general pregnant population and in a high risk population – a systematic review and meta-analysis

Erik Iwarsson, Bo Jacobsson, Jessica Dagerhamn, Thomas Davidson, Eduardo Bernabe, Marianne Heibert Arnlind

Introduction

The aim of this study was to review the performance of non-invasive prenatal testing (NIPT) for detection of trisomy 21, 18 and 13 (T21, T18 and T13) in a general pregnant population as well as to update the data on high-risk pregnancies.

Material and methods

Systematic review and meta-analysis. PubMed, Embase and the Cochrane Library were searched. Methodological quality was rated using QUADAS and scientific evidence using GRADE. Summary measures of diagnostic accuracy were calculated using a bivariate random-effects model.

Results

In a general pregnant population, there is moderate evidence that the pooled sensitivity is 0.993 (95% CI 0.955–0.999) and specificity was 0.999 (95% CI 0.998–0.999) for the analysis of T21. Pooled sensitivity and specificity for T13 and T18 was not calculated in this population due to the low number of studies. In a high-risk pregnant population, there is moderate evidence that the pooled sensitivities for T21 and T18 are 0.998 (95% CI 0.981–0.999) and 0.977 (95% CI 0.958–0.987) respectively, and low evidence that the pooled sensitivity for T13 is 0.975 (95% CI 0.819–0.997). The pooled specificity for all three trisomies is 0.999 (95% CI 0.998–0.999).

Conclusions

This is the first meta-analysis using GRADE that shows that NIPT performs well as a screen for trisomy 21 in a general pregnant population. Although the false positive rate is low compared with first trimester combined screening, women should still be advised to confirm a positive result by invasive testing if termination of pregnancy is under consideration.

February 2017 | Volume 96, Issue 2

Statin use and risk of endometrial cancer: a nationwide registry-based case-control study

Cecilie D. Sperling, Freija Verdoordt, Søren Friis, Christian Dehrendorff, Sussane K. Kjaer

Introduction

Laboratory and epidemiological evidence have suggested that statin use may protect

against the development of certain cancers, including endometrial cancer. In a nationwide registry-based case-control study, we examined the association between statin use and risk of endometrial cancer.

Material and methods

Cases were female residents of Denmark with a primary diagnosis of endometrial cancer during 2000–2009. For each case,

we selected 15 female population controls matched on date of birth (\pm one month) using risk-set sampling. Ever use of statin was defined as two or more prescriptions on separate dates. Conditional logistic regressions were used to estimate age-matched (by design) and multivariable-adjusted odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CI) for endometrial cancer associated with statin use. The multivariable-adjusted models

included parity, hormone replacement therapy (HRT), obesity, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and education. We evaluated whether the association between statin use and endometrial cancer varied with duration and intensity of statin use, type of endometrial cancer or patient characteristics.

Results

The study population comprised 5382 endometrial cancer cases and 72 127 population controls. We observed no association between ever use of statins and endometrial cancer risk (OR 1.03, 95% CI 0.94–1.14). In addition, endometrial cancer risk did not vary substantially with duration or intensity of statin use. Stratification by type of endometrial cancer also yielded neutral ORs.

Conclusions

In our nationwide case-control study, we found no association between statin use and risk of endometrial cancer.

Agreement and accuracy using the FIGO, ACOG and NICE cardiocotography interpretation guidelines

Susana Santo, Diogo Aires-de-Campos, Cristina Costa-Santos, William Schnettler, Austin Ugwumadu, Luis M. da Garça

Introduction

One of the limitations reported with car-

diocotography is the modest interobserver agreement observed in tracing interpretation. This study compared agreement, reliability and accuracy of cardiocotography interpretation using the International Federation of Gynecology and Obstetrics, American College of Obstetrics and Gynecology and National Institute for Health and Care Excellence guidelines.

Material and methods

A total of 151 tracings were evaluated by 27 clinicians from three centers where International Federation of Gynecology and Obstetrics, American College of Obstetrics and Gynecology and National Institute for Health and Care Excellence guidelines were routinely used. Interobserver agreement was evaluated using the proportions of agreement and reliability with the κ statistic. The accuracy of tracings classified as "pathological/category III" was assessed for prediction of newborn acidemia. For all measures, 95% confidence interval were calculated.

Results

Cardiocotography classifications were more distributed with International Federation of Gynecology and Obstetrics (9, 52, 39%) and National Institute for Health and Care Excellence (30, 33, 37%) than with American College of Obstetrics and Gynecology (13, 81, 6%). The category with the highest agreement was American College of Obstetrics and Gynecology category II (proportions of agreement = 0.73, 95% confidence

interval 0.70–76), and the ones with the lowest agreement were American College of Obstetrics and Gynecology categories I and III. Reliability was significantly higher with International Federation of Gynecology and Obstetrics ($\kappa = 0.37$, 95% confidence interval 0.31–0.43), and National Institute for Health and Care Excellence ($\kappa = 0.33$, 95% confidence interval 0.28–0.39) than with American College of Obstetrics and Gynecology ($\kappa = 0.15$, 95% confidence interval 0.10–0.21); however, all represent only slight/fair reliability. International Federation of Gynecology and Obstetrics and National Institute for Health and Care Excellence showed a trend towards higher sensitivities in prediction of newborn acidemia (89 and 97%, respectively) than American College of Obstetrics and Gynecology (32%), but the latter achieved a significantly higher specificity (95%).

Conclusions

With American College of Obstetrics and Gynecology guidelines there is high agreement in category II, low reliability, low sensitivity and high specificity in prediction of acidemia. With International Federation of Gynecology and Obstetrics and National Institute for Health and Care Excellence guidelines there is higher reliability, a trend towards higher sensitivity, and lower specificity in prediction of acidemia.

March 2017 | Volume 96, Issue 3

Exercise during pregnancy and risk of preterm birth in overweight and obese women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Magro-Malosso ER, Saccone G, Di Mascio D, Di Tommaso M, Berghella V.

Introduction

The incidence of overweight and obesity in pregnancy has risen significantly in the last decades. Overweight and obesity have been shown to increase the risk for some adverse obstetric outcome. Lifestyle interventions, such as diet, physical activity and behavior changes, may reduce these risks promoting weight loss and/or preventing excessive weight gain. The possible impact of exercise on the risk of preterm birth (PTB) in

overweight or obese women is controversial. Therefore, the aim of our study was to evaluate the effect of exercise on the risk of PTB in overweight or obese pregnant women.

Material and methods

MEDLINE, EMBASE, Web of Sciences, Scopus, ClinicalTrial.gov, OVID and Cochrane Library were searched from their inception to November 2016. This meta-analysis included only randomized controlled trials (RCTs) of pregnant women assigned before 25 weeks to an aerobic exercise regimen or not. Types of participants included overweight or obese (mean body mass index ≥ 25 kg/m²) women with singleton pregnancies without any contraindication to physical activity. The summary measures were reported as relative risk (RR) or as mean difference (MD) with 95% con-

fidence intervals (CI). The primary outcome was the incidence of PTB <37weeks.

Results

Nine trials, including 1,502 overweight or obese singleton gestations, were analyzed. Overweight and obese women who were randomized in early pregnancy to aerobic exercise for about 30–60 minutes 3–7 times per week had a lower percentage of PTB <37weeks (RR 0.62, 95% CI 0.41 to 0.95) compared to controls. The incidence of gestational age at delivery (MD 0.09 week, 95% CI -0.18 to 0.24) and cesarean delivery (RR 0.93, 95% CI 0.77 to 1.10) were similar in both groups. Women in the exercise group had a lower incidence of gestational diabetes mellitus (RR 0.61, 95% CI 0.41–0.90) compared to controls. No differences in birth weight (MD 16.91 grams, 95% CI -89.33 to

► *Artikkel fortsetter på s. 30.*

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



PK TECHNOLOGY

POWERING GYNECOLOGY

PK TECHNOLOGY er et impedans-kontrollert bipolar energisystem som er spesielt utviklet for å forbedre ytelsen og allsidighet i laparoskopisk gynekologisk kirurgi. Olympus tilbyr et komplett utvalg av multifunksjonelle laparoskopiske instrumenter, hvert individuelt designet for et bestemt bruksområde.

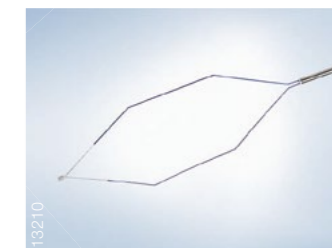
PK TECHNOLOGY instrumenter har vært etablert i markedet i mer enn ti år, og brukes av gynekologer over hele verden i ulike prosedyrer.

Fordeler:

- Bipolar disseksjon
- Presis bipolar skjæring
- Bipolar koagulering
- Tryggere og mere effektiv enn monopolar og konvensjonell bipolar teknologi



PK Cutting Forcep



PK Lap Loop



PK Needle



PK Spatula

OLYMPUS NORGE AS

Kjelsåsveien 168, 0884 Oslo | Tlf. 23 00 50 50 | www.olympus.no

123.19), low birth weight (RR 0.58, 95% CI 0.25 to 1.34), macrosomia (RR 0.92, 95% CI 0.72 to 1.18) and stillbirth (RR 2.13, 95% CI 0.22 to 20.4) between exercise group and controls were found.

Conclusions

Overweight and obese women with singleton pregnancy can be counseled that, compared to being more sedentary, aerobic exercise for about 30-60 minutes 3-7 times per week during pregnancy is associated with a reduction in the incidence of PTB. Aerobic exercise in overweight and obese pregnant women is also associated with a significant prevention of gestational diabetes mellitus, and should be therefore encouraged.

Contraceptive non-use and emergency contraceptive use at first sexual intercourse among nearly 12 000 Scandinavian women

Guleria S, Juul KE, Munk C, Hansen BT, Arnheim-Dahlström L, Liaw KL et al.

Introduction

To describe recent patterns of contraceptive use at first sexual intercourse and to examine whether selected factors are associated with non-use and emergency contraceptive pill use at first sexual intercourse, among 18- to 26-year-old women from Denmark, Norway and Sweden.

Material and methods

This was a population-based, questionnaire study of randomly chosen 18- to 26-year-old Scandinavian women. The prevalence of contraception methods used at first sexual intercourse was calculated. Factors associated with contraceptive non-use and emergency contraceptive pill use at first sexual intercourse were determined using log binomial models.

Results

The prevalence of contraceptive non-use and emergency contraceptive pill use was lowest in Denmark (9.6 and 2.1%, respectively) compared with Norway (14.1 and 4.4%) and Sweden (16.6 and 4.5%). The risk of contraceptive non-use increased in women who had first sexual intercourse at or before

14 years of age (13-14 years: prevalence ratio 1.40; 95% confidence interval 1.24-1.58). The risk of both non-use and emergency contraceptive pill use increased when the partner at first sexual intercourse was 20 years or older, and with increasing age difference between the partner and the woman at her first sexual intercourse. Smoking initiation prior to first sexual intercourse increased risk of contraceptive non-use (prevalence ratio 1.70; 95% confidence interval 1.50-1.92), and alcohol initiation prior to first sexual intercourse increased risk of emergency contraceptive pill use at first sexual intercourse (prevalence ratio 1.95; 95% confidence interval 1.49-2.54).

Conclusion

Contraceptive non-use at first sexual intercourse was strongly associated with early age at first sexual intercourse. Emergency contraceptive pill and contraceptive non-use at first sexual intercourse were both strongly associated with increasing partner age and an increasing difference in age between the woman and her partner. Hence, young women should be educated to negotiate contraceptive use with their partners.

Multi-Gyn®

Behandler og forebygger underlivsplager uten fare for resistens.

Virker umiddelbart på plager som kløe, irritasjon, lukt og utflod.

Det patenterte 2QR-komplekset bidrar til rask normalisering av floraen i skjeden.

Reseptfritt i apotek.

Bestill prøver på mail@pharmex.no



Sikker og trygg underlivshelse

ICHG2017
INTERNATIONAL COLLOQUIUM
HYPEREMESIS GRAVIDARUM

Home Book now Programme Speakers Venue Accommodation
Exhibitors Social Contact

THE 2ND INTERNATIONAL COLLOQUIUM ON HYPEREMESIS GRAVIDARUM

5th-6th October 2017 Windsor, UK

BOOK NOW

International Colloquium on Hyperemesis Gravidarum

Pregnancy Sickness Support in collaboration with Plymouth University and the British Pregnancy Advisory Service are excited to present the 2nd International Colloquium on Hyperemesis Gravidarum, ICHG 2017.

Bringing together the world's leading researchers in hyperemesis gravidarum this two day event, in the historic royal town of Windsor, will provide an excellent opportunity for delegates to hear about the latest developments and innovative treatments for this complex condition.

Prematur ovariesvikt

Av Mette Moen, professor emerita, NTNU, mette.moen@ntnu.no



Det er mitt inntrykk at kolleger synes at det er vanskelig å utrede og behandle kvinner med tidlig ovariesvikt, så her er en kort gjennomgang.

Definisjoner og forekomst

Naturlig menopause (siste menstruasjon) inntreffer ved en gjennomsnittsalder på 50-52 år, med variasjon fra 40 til 60 år. Menopause mellom 40 og 45 år betegnes 'tidlig menopause' og forekommer hos ca. 5%. For tidlig ovariesvikt (tidligere betegnet 'klimakterium precox') beskriver menopause før 40 år. Forekomsten er 1% hos kvinner under 40 år, 1 promille hos kvinner under 30 år og 0.1 promille før 20 år. I sin ytterste konsekvens er Turner syndrom (forekomst 1 per 2.000) ovariesvikt før menarke, men per definisjon er prematur ovariesvikt hos kvinner med 46 XX.

Etiologi

I 90 % av tilfellene med tidlig ovariesvikt har man ingen forklaring, men det er tydeligvis en arvelig faktor. Det er en relasjon til genmutasjonen fragilt X (FMR1) med mental retardasjon, spesielt hos gutter. Tidlig ovariesvikt kan skyldes autoimmun ooforitt hvor også andre endokrine organer kan være affisert (binyrer, tyreoida, pankreas). Ovariesvikt kan være resultat av infeksjon med f.eks. kuma, tuberkulose eller malaria. En fersk studie relaterer menarke før 11 år med menopause før 40-45 år. Noen kvinner har tidlig menopause pga. behandling med cytostatika eller bestråling og noen på grunn av bilateral ooforektomi eller omfattende ovariekirurgi.

Utredning

Basis utredning ved sekundær amenore er FSH, østradiol, LH, TSH og prolaktin. Ved primær ovariesvikt er FSH og LH høye (FSH>LH) og østradiol lav, altså hypergonadotrop hypogonadisme. Man kan ikke stille diagnosen ovariesvikt ved en enkelt hormonanalyse, den må gjentas etter 4-6 uker. AMH skal i prinsipp bare måles ved barneønske. Ved ovariesvikt før 30 år rekvireres kromosomanalyse. Undersøkelse for autoantistoffer mot ovarie, binyre og tyreoida samt screening for diabetes er aktuelt.

Behandling

Ubehandlet har kvinner med tidlig ovariesvikt økt risiko for osteoporose, hjertekarsykdommer og slag samt økt risiko for demens, og de har i tillegg de vanlige østrogenmangel symptomer med hetetokter, dårlig søvn og urogenitale plager. Det er derfor sterk indikasjon for behandling med HRT, hormone replacement therapy, inntil naturlig menopausealder. Behandlingen går ut på å gjen-skape det østrogennivå som er vanlig for kvinner premenopausal, i motsetning til behandling av postmenopausal hvor man bør velge lavest mulig dose som gir lindring. Valg av behandling må avgjøres i samråd med pasienten. Etter min mening er en hormonspiral med østrogenplaster ideelt, for da kan man fritt øke østrogendosen til ønsket nivå utfra symptomer og østradiolnivå hvor et serumnivå på 0,25 til 0,30 nmol/L (250 til 300 pmol/L) tilstrebes. Yngre kvinner vil muligens foretrekke p-pille, men man bør da velge

de sterkeste piller med 30 eller 35 mikrogram etinyløstradiol for osteoporosebeskyttelse, og man bør unngå de antiandrogene preparatene. Nevnte behandlinger er effektivt prevensjon. For de kvinner som vil bevare et håp om å bli gravide, er konvensjonell syklisk HRT med østradiol og gestagen førstevalg, enten som tabletter eller som plaster. HRT vil ikke hemme evt. spontan ovulasjon, og evt. graviditet vil vise seg ved fravær av bortfallsblødning. Ved sykliske HRT har man mindre mulighet for dosejustering, med mindre man skreddersyr en behandling med østradiol og gestagen, evt. i en 'lang syklus', men da bør det gis gestagen i 14 dager. Spørsmålet om testosterontilskudd kommer ofte på banen, og det er bare å konstatere at det ikke finnes et preparat for kvinner. Oppdeling av plaster eller gel beregnet for menn vil gi langt større mengde enn de 300µg transdermal testosteron som er 'kvinnedosen'. Utskriving av 'mannlig testosteron' må følges opp med serummålinger.

Informasjon

Informasjon om tilstanden må skje med stor varsomhet og forsiktighet. Ord som 'klimakterium' og 'overgangsalder' bør unngås. Bruk i stedet 'svikt i eggstokkene', det er mindre skremmende. Opp-lysning om fruktbarhet bør inkludere et håp, hvis ovarier er til stede. Ved uforklarlig ovariesvikt og etter kreftbehandling, kan det gis håp om fremtidig graviditet hos 5-10%. Mange av oss har opplevd at en pasient som fikk fortalt at alt håp var ute, kommer tilbake med manglende blødning på sekvens-HRT og med positiv gravitetest.

Nylig var det i P2s EKKO-program et intervju med en kvinne som hadde fått beskjed om at hun var kommet i overgangsalderen, men etter behandling på en naturklinikk med bidronning-gele og naturlig progesteron, ble hun spontant gravid! Uansett om det er barneønske eller ei, vil kunnskap om at eggstokkene svikter ofte utløse 'sjokk og vantrø'. Hvis det er barneønske bør man opplyse om eggdonasjon i utland som en mulighet.

Det kreves i mange tilfeller stor overtalelse mht. østrogenbehandling og fortsettelse av denne. Man må bruke tid på å forklare forskjellen mellom å erstatte et tap hos yngre kvinner og behandle symptomer hos eldre kvinner. Et argument kan være at HRT (en del preparater i alle fall) kan utskrives på blå resept, som et bevis for at det er viktig medisin. Ubehandlet vil både livskvalitet og levealder være forringet. Denne pasientgruppe er i sannhet en utfordring for oss gynekologer!

Litteratur:

- Panay N et al. Management of premature ovarian failure. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009;23:129-40.
 Sullivan SD et al. Hormone replacement therapy in young women with primary ovarian insufficiency and early menopause. Fertil Steril, 2016;106:1588-99
 Mishra GD et al. Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early natural menopause. Hum. Reprod. 2017 Jan 24. doi: 10.1093/humrep/dew350.

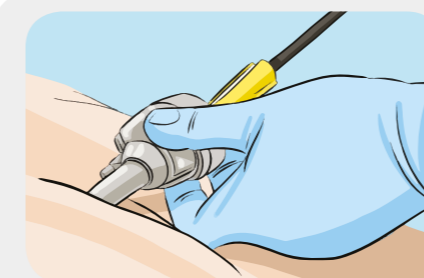
KLAR NÅR DU ER TACHOSIL® PRE-ROLLED

Når du trenger umiddelbar hemostase under lukket kirurgi kan TachoSil pre-rolled brukes umiddelbart, uten forarbeid. Gir pålitelig hemostase og vevsforssegling på 3-5 minutter.¹

Forsiktighetsregler:

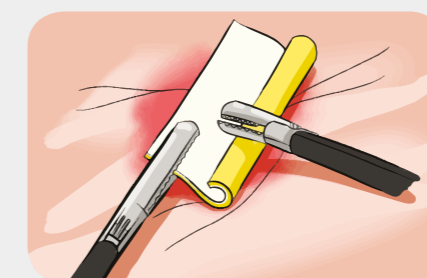
Data for bruk ved gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Det er ukjent hvorvidt nylig strålebehandling påvirker effekten ved bruk for lukking av dura mater. Det er sett tilfeller av sammenvoksninger/adhanser til mage-tarmvev ved bruk av TachoSil under abdominalkirurgi. Det kan medføre mage-tarmobstruksjon. Sørg for å rengjøre tilstrekkelig utenfor det ønskede applikasjonsområdet. Se bruksanvisningen for preparatet.

1) SPC TachoSil 30.03.2016 www.legemiddelsok.no



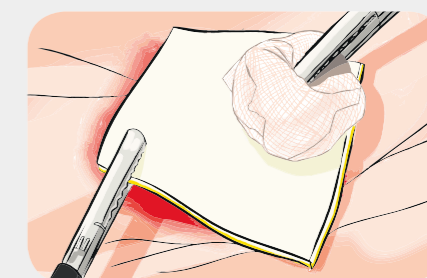
INNFØRE

Pre-rolled TachoSil® innføres direkte i trocaren



RULLE UT

TachoSil® rulles ut på sårflaten



KOMPRIMERE

TachoSil® fuktes og fester seg raskt til såret med manuell kompresjon

TachoSil «Takeda»

C Lokalt hemostatikum. ATC-nr.: B02B C30
MATRIKS TIL VEVSLIM: Hver cm² inneholder: Humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2 IE, equint kollagen, humant albumin, natriumklorid, natriumsitrat, L-argininhydroklorid. Fargestoff: Riboflavin (E 101). **Indikasjoner:** Til voksne som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen, fremme vevsforssegling, for suturstøtte ved karkirurgi der standardteknikker ikke er tilstrekkelige, og for støttende lukking av dura mater for å forebygge postoperativ cerebrospinal lekkasje etter nevrokirurgi. **Dosering:** Skal bare brukes av erfarne kirurger. **Voksne:** Antall enheter som anvendes bør alltid være i samsvar med underliggende klinisk behov, relatert til størrelsen på sårflaten og må vurderes individuelt. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 matriser (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 10 er rapportert. For mindre sårflater, f.eks. ved kikkhullskirurgi, anbefales matriser av mindre størrelse (4,8 cm x 4,8 cm eller 3 cm x 2,5 cm) eller den ferdigrullede (4,8 cm x 4,8 cm). **Spesielle pasientgrupper:** Barn og ungdom <18 år: Anbefales ikke pga. utilstrekkelige data. **Tilberedning/Håndtering:** For instruksjoner vedrørende håndtering for bruk, se pakningsvedlegg. **Administrering:** Kun til epilesjonell bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Se pakningsvedlegg for instruksjoner vedrørende administrering. Det er sterkt anbefalt å journalføre navn og batchnr. hver gang preparatet benyttes. **Kontraindikasjoner:** Intravaskulær bruk. Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Data for bruk ved gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Det er ukjent hvorvidt nylig strålebehandling påvirker effekten ved bruk for lukking av dura mater. Allergiske hypersensitivitetsreaksjoner (utslett, generell urticaria, tettehetsfølelse i brystet, tungstøtethet, hypotensjon og anafylaksi) kan oppstå. Dersom disse symptomene oppstår, skal administreringen avbrytes umiddelbart. For å hindre utvikling av vevsadhesjoner på uønskede områder, må vev utenfor ønsket påføringsområde være tilstrekkelig rengjort for administrering. Ved bruk ved kirurgi nær tarmen er det rapportert om tilfeller av adhesjon til gastrointestinalt vev, noe som har forårsaket tarmobstruksjon. Hvis sjokktilstand inntreffer, skal prosedyre for sjokkbehandling følges. Tiltak for å forebygge infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod/plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivisering/fjerning av virus under produksjonen. Til tross for dette kan det ikke fullstendig utelukkes muligheten for overføring av smittsomme agens. Dette gjelder også virus eller patogener som hittil er ukjent. Tiltakene anses effektive mot kappekleddede virus som hiv, HBV og HCV, og mot det ikke-kappekleddede

viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappekleddede virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erytropoiese (f.eks. hemolytisk anemi). **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Preparatet kan denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f.eks. antiseptiske oppløsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av preparatet. **Graviditet, amming og fertilitet:** Sikkerheten ved bruk under graviditet eller amming er ikke klarlagt. Skal ikke administreres til gravide og ammende, hvis ikke strengt nødvendig. **Bivirkninger:** Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Tarmobstruksjon (ved abdominal kirurgi). Hjerne/kar: Trombose. Immunsystemet: Anafylaktisk sjokk, hypersensitivitet. Slike reaksjoner kan spesielt observeres ved gjentatt bruk av legemidlet eller dersom det administreres til pasienter med kjent hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. **Øvrige:** Vevsadhesjon. **Overdosering/Forgiftning:** Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Lokalt hemostatikum. Inneholder fibrinogen og trombin som er tørket belegg på overflaten av en kollagenmatris. Den aktive siden er farget gul. Virkningsmekanisme: Ved kontakt med fysiologiske væsker, f.eks. blod, lymfe eller fysiologisk saltvann, oppløses innholdsstoffene i belegget og diffunderer delvis inn i sårverflaten. Dette etterfølges av fibrinogen-trombinreaksjonen som initierer det siste trinnet i den fysiologiske blodkoagulasjonsprosessen. Fibrinogen blir omdannet til fibrinmonomere som spontant polymeriserer til et fibrinkoagel, og som på denne måten holder kollagenmatrisen fast til sårverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsfaktor XIII, og danner derved et tett, mekanisk stabilt nettverk med gode limegenskaper som bidrar til å lukke såret. Metabolisme: Fibrinkoagel metaboliseres som endogen fibrin ved fibrinolyse og fagocytose. Kollagenmatrisen degraderes ved resorpsjon til vev. Ca. 13 uker etter applikasjon er det kun små rester tilbake, uten tegn til lokal irritasjon. Nedbrytningen ble forbundet med infiltrering av granulocytter og dannelse av resorptiv granulasjonsvev som kapsler inn de nedbrutte restene av TachoSil. Ingen bevis for lokal intoleranse er sett i dyrestudier. Fra erfaringen hos mennesker, har det vært isolerte tilfeller hvor rester ble observert som tilfeldige funn uten tegn på funksjonell svekkelse. **Andre opplysninger:** Leveres ferdig til bruk i sterile pakninger. **Pakninger og priser 08.03.2017:** 3x2,5: 599,60. 5 stk: 3162,50 4,8x4,8 (ferdigrullet): 2169,00. 2 stk: 3257,70 9,5x4,8. 1stk: 2965,40. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no



Kjære FUGO-medlemmer!

Av Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder



2017 er godt i gang og planlegging av et nytt FUGO-år har tatt form. Ved siden av våre sedvanlige oppgaver som representasjon i NGF-styret, planlegging av kurs, internasjonalt arbeid og bidrag her i Gynekologen, er det ganske åpenbart at ny spesialiseringsstruktur har, og vil fortsette å ha, stort fokus.

Som kjent er læringsmålene ute på høring. Det helse- og omsorgsdepartementet (HOD) vil ha svar på er to hovedspørsmål:

1. Er valg og utforming av læringsmål for de enkelte spesialitetene dekkende i forhold til kompetansebehovene?
2. Er læringsmålene praktisk gjennomførbare, for eksempel med hensyn til tilstrekkelig pasientgrunnlag, antall LIS med mer?

Til det første spørsmålet mener vi svaret i hovedsak er «ja». Det er utformet gode læringsmål som dekker godt det en ferdig spesialist bør kunne. Vi har imidlertid noen få forslag til ytterligere læringsmål og det viktigste handler om at vi ønsker et læringsmål som kalles *Oppnådd kompetanse etter 3 måneder*. Her har vi foreslått underpunkter som helt klart definerer hva som skal være gjennomgått innen 3 måneder. Vi ønsker med det å blåse liv i en strukturert introduksjonsperiode og mener faglig utbytte av resterende utdanning vil være mye, mye større.

I tillegg synes vi det er svært viktig å beholde dagens ordning med prosedyrelistene. *Oppnådd ferdighet bør være det endelige målet, men å ha utført et gitt antall inngrep vil fortsette å være et nødvendig*

« Vi ønsker å blåse liv i en strukturert introduksjonsperiode og mener faglig utbytte av resterende utdanning vil være mye, mye større »

virkemiddel for å tilegne seg kompetanse. Kirurgene og ortopedene har innbakt prosedyrelistene i læringsmålene, mens i forslaget for vår spesialitet er antallet inngrep foreløpig kun en foreslått læringsaktivitet og dermed ikke obligatorisk. Dette er uheldig fordi det kun er læringsmål som skal forskriftsfestes, hvilket gjør det som står i læringsmålene mye mer permanent, og ikke valgfritt, i motsetning til det som kalles «læringsaktivitet». Faget vårt er et kirurgisk fag, og vi frykter utvanning av den praktiske delen av faget, og et ujevnt ferdighetsnivå for ferdigutdannede spesialister dersom dette ikke gjøres. Listekrav er naturligvis ikke det fulle svaret på en god utdanning og parallelt vil vi jobbe for bedre måter å lære og bedre måter å evaluere og å bli evaluert.

Til spørsmål nummer to har vi også svart "ja", men med forbehold. Vi kommer ikke utenom at det kreves flere ressurser når alle læringsmål skal oppnås innen 5 år, hvorav 6 måneder kirurgisk tjeneste. Når det er sagt mener vi at det absolutt er oppnåelig med bedre organisering med avsatt tid til fordypning og ikke minst bedre veiledning. Arbeidet med å evaluere hver kandidat vil bli mye mer krevende og veilederrollen må få en helt annen status enn den har i dag. Vi mener videre at kursene som er obligatoriske i dag er svært teoretisk rettet. Det er også behov for obligatoriske kurs innen praktiske obstetikk og kirurgi. Spesialistkomitéens forslag om et introduksjonskurs som holdes hver 6. måned med innføring i det mest sentrale og grunnleggende i faget, ønskes hjertelig velkommen.

Det blir spennende å se hva som blir resultatet av høringsrunden. Er det riktig som onde tunger hevder at HODs hovedansvar er å få flere gjennom på kortere tid på bekostning av kvalitet? Eller ønsker de med omstruktureringen å få gode gynekologer ut av oss, men på en mer effektiv måte? Hvis det er det første som stemmer, er det en skremmende tanke. Hvis det er det andre, kan dette bli riktig bra. Det er tydelig et engasjement der ute for dette, og utdanningen vår har absolutt behov for et ansiktsløft. Eller litt intimkirurgi? Nei, forresten, ikke noe tulle og overflatisk. Det vi trenger er en ekte, varig endring fra innsiden og ut, og det jobber vi for å få til!

Formøte 2017 - Myoma uteri

Årsmøtet i 2017 arrangeres i Stavanger, og tradisjonen tro arrangerer FUGO forkurs for LIS og andre interesserte onsdag før formøtene, i år 25/10.

Årets tema blir Myoma uteri, med bakgrunn, diagnostikk og diskusjon om de ulike behandlingsmodalitetene. Hvordan håndteres myom i svangerskap? Hvilken rolle spiller myom hos infertile, og hvordan skal de behandles? Hvordan kan MR og 3D-ultralud brukes i diagnostikken, og hvilken pasienter bør tilbys embolisering? Det vil også bli en videosesjon med kommentarer fra erfarne laparoskopører.

Endelig program kommer senere, men vi er allerede godt i gang med å få på plass kompetente og inspirerende foredragsholdere, og tror årets kurs vil være med å inspirere og øke kunnskap og kompetanse rundt problemstillingen. Vi håper mange tar turen og gleder oss til å se dere i Stavanger i oktober!



Repadina[®] plus

– den naturlige løsningen
mot vaginal tørrhet



Har du vaginal tørrhet vil du sikkert gjenkjenne én eller flere av disse symptomene:

- Tørrhet eller ømhet i vagina
- Kløe og irritasjon i vagina
- Smerte ved samleie
- Ubehag ved å ha på seg stramme klær

Prøv Repadina Plus og erfar effekten

- Repadina Plus inneholder kroppens eget hyaluronsyre som bidrar til å bygge opp celler, derfor hjelper Repadina Plus deg mot vaginal tørrhet.
- Repadina Plus er et hormonfritt produkt som medvirker til gjenoppbyggingen av slimhinnene i vagina.

Repadina Plus er reseptfritt, uten hormoner, parfyme og parabener. -Tilgjengelig i alle Bandabutikker og på alle apotek!

Repadina Plus 5-pakning kan bestilles direkte fra leverandør kr 700,- inkl. mva og frakt).
Telefon: 21 55 59 90 - Faks: 21 55 59 94
E-post: info.no@azanta.com

Azanta

Azanta AS | Postboks 39, Tveita | 0671 Oslo

NUGG møtet 2016

Av Mariann Eidet

Onsdag 26.oktober var vi samlet vel 30 kollegaer til møte i Norsk urogynekologisk gruppe. Det var Kvinneklivnikken, Sørlandet sykehus Kristiansand, som hadde ansvar for årets møte, og Mariann Eidet var møteleder.



Første foredragsholder var Hjalmar Schiøtz fra Tønsberg, som presenterte en pilotstudie han nylig var ferdig med. Han inkluderte kvinner med urgeinkontinens hvor tradisjonell behandling ikke hadde gitt ønsket effekt. Det ble installert Botox-løsning i blæren og laget et et spenningsfelt i 30 minutter ved hjelp av kateter i blæra og elektroder på magen. Det var 14 kvinner med i studien. Det ble vist en signifikant reduksjon av antall lekkasjer pr døgn, antall gram lekkasje pr døgn og antall miksjoner pr døgn. 3 måneder etter behandling var det 5 respondere, og etter 6 måneder var det 3 kvinner som fremdeles hadde god effekt. Hjalmar Schiøtz ønsker å gå videre med en multisenter studie og inviterer andre interesserte til å ta kontakt med ham. Han har i forbindelse med planlegging og gjennomføring av sitt pilotstudie, fått oversikt over aktuelle søknader og hvor en kan skaffe seg aktuelt utstyr.

Neste foredragsholder var Ingrid Volløyhaug fra St. Olavs hospital som presenterte sitt doktorgradsarbeide: Hva skjer med bekkenbunn, inkontinens og descens 20 år etter fødsel? Hun tok utgangspunkt i førstegangsfødende kvinner ved Universitetssykehuset i Trondheim i perioden 1990-97. Hun så på alle operative-, vaginale forløsninger, keisersnitt og like mange

normale vaginale fødsler. I denne perioden ble tang og vakuu brukt på samme indikasjon og like ofte ved sykehuset. Kvinnene fikk tilsendt et spørreskjema om symptomer fra bekkenbunnen; prolaps, urin- og fekalinkontinens, samt om gjennomgått kirurgi for dette. 847 kvinner ble invitert til klinisk undersøkelse, som inkl. POP-Q, og ultralydundersøkelse av bekkenbunnen. Det ble funnet signifikant flere kvinner med symptomer eller gjennomgått kirurgi for bekkenbunnsplager blant kvinnene som var forløst med operativ vaginal forløsning enn ved keisersnitt, og signifikant færre med symptomer eller gjennomgått kirurgi hos dem som var forløst med keisersnitt vs. normal vaginal forløsning.

Ved klinisk undersøkelse ble det funnet hyppigere descens, flere levatoravrivninger og større hiatusareal hos kvinner forløst med tang vs. både kvinner forløst med vakuu og kvinner forløst normalt. Det ble ikke funnet forskjell mellom vakuuforløste og normalfødende. Muskelskader i bekkenbunnen er en risikofaktor for symptomer og funn på prolaps hos kvinner i en normal populasjon. Det ble funnet en sterk korrelasjon mellom forandring i levator-hiatus-diameter og palpasjon for måling av bekkenbunn muskelkontraksjon. Det ble lagd en skala

som kan brukes videre. Et imponerende og spennende arbeide.

Deretter kom Ole Aleksander Dyrkorn, Bærum/OUS, med et innlegg for inspirasjon og tips om innsamling av data til PregnanT-prosjektet. Han og Rune Svenningsen, OUS, kan gjerne kontaktes for mer info og praktiske veiledning.

Anny Spydslaug presenterte anbudsrunder som har vært på inkontinensslynger i Helse Sør-Øst i høst. Slyngene ble vurdert ut fra funksjon, dokumenterte resultater og pris. Flere slynger ble funnet likeverdige, med mulighet for valg utfra personlig preferanse/erfaring. Det ble funnet store prisforskjeller og i anbudsrunder ble det oppnådd bedre priser.

I komplikasjonskvarteret presenterte Hjalmar Schiøtz en glad kasuistikk fra Tønsberg hvor en eldre dame på 96 år hadde fått svært god effekt av periurethral injeksjon. Til slutt presenterte Mariann Eidet en lei kasuistikk fra Kristiansand hvor det tilkom tynntarmsperforasjon i forbindelse med TVT som førte til et komplisert sykdomsforløp for kvinnen.

Vi fikk ila. møtet oppdatert listen over e-postadresser til kollegaer som ønsker NUGG- informasjon. Den må gjerne utvides og brukes aktivt for spredning av relevant info. Avslutningsvis ble det minnet om hvilke sykehus som har ansvar for de kommende NUGG-møtene:

2017: Bærum sykehus
2018: OUS/Ullevål
2019: Stavanger universitetssykehus
2020: Universitetssykehuset i Nord-Norge
2021: Sykehuset Østfold
2022: Sykehuset i Vestfold
2023: Haukeland universitetssykehus
2024: Ahus
2025: St. Olavs hospital



GYN 65 2.0 02/2015/A-NO

See and treat –
Solutions for office hysteroscopy

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstraße 8, 78532 Tuttlingen/Germany
KARL STORZ ENDOSKOPI NORGE AS, Østensjøveien 15B, 0661 Oslo/Norway
www.karlstorz.com



Ålesund sjukehus der Avdeling for fødselshjelp og kvinnesjukdommer holder til i 8. og 9. etasje. Barne og Ungdomsavdelinga i front.



Vinterbilde fra 8 etg mot vest.



Brosundet med Fjellstua i bakgrunnen
– i Norges vakreste by.
Foto : Lena Hüttner.

Norge Rundt

Kvinneklirikken ved Helse Møre og Romsdal – Ålesund

Av: Sissel Hjelle

Kvinneklirikken i anførselstegn – etter Helse Møre og Romsdals siste omorganisering er vår klinikk blitt en del av Klinikk for Kvinner, Barn og Ungdom sammen med tidligere Klinikk for Barn og Unge. Vårt nye navn er «Avdeling for fødselshjelp og kvinnesjukdommer – Ålesund», og det vil ta noe tid før vi har akklimatisert oss til navnet og kanskje også vår nye tilværelse.

Tidligere besøkt:

4.2016 Kvinneklirikken ved Sykehuset i Vestfold Tønsberg
3.2016 Kvinneklirikken ved Ahus
2.2016 Kvinneklirikken ved Nordlandssykehuset - Bødø
1.2016 Kvinneklirikken i Hammerfest
2.2015: Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen
4.2015: Kvinneklirikken i Stavanger
1.2011: Kvinneklirikken i Hammerfest



Ålesund sjukehus ligger flott til ved Borgundfjorden ca. 7 km øst for Ålesund sentrum. Ålesund er kåret til Norges vakreste by, og vi mener at vi fra våre lokaler i sjukehusets 8. og 9. etg har Norges beste utsikt til fjord og fjell som vi har i rikt monn her på Sunnmøre og i resten av Møre og Romsdal.

Sjukehuset er det mest differensierte i regionen etter St.Olavs hospital som for øvrig er vårt regionsjukehus. Landsdelens geografisk og til tider utfordrende vær-situasjon, krever god kompetanse lokalt og god planlegging i pasientbehandlingen. I vårt fagområde har det sammen med kravene i «Et trygt fødetilbud» resultert i seleksjon av bl.a. fødekvinne fra de andre sykehusene i foretaket til vår avdeling i Ålesund.

Sjukehuset er et fullverdig akutt sjukehus med kirurgiske og indremedisinske subsjesialiteter, en stor anestesivdeling som inkluderer lufttransport (helikopterbase ved sjukehuset og overføringsfly med base på Ålesund lufthavn, Vigra). Vi har neonatalavdeling med kompetanse til behandling av premature uten nedre begrensning av gestasjonsalder. Neonatalavdelingen har også kompetanse til hypotermibehandling. Etter en nylig gjennomført regional gjennomgang er det blitt faglig enighet om seleksjon av alle for tidlig fødte < 26+0 uker til i første rekke St.Olavs Hospital. Sjukehusets radiologiske avdeling har intervensjonsradiologisk kompetanse som vi av og til har behov til embolisering av myom og ved postpartum blødning.

Avdeling for fødselshjelp og kvinnesjukdommer er en tversgående avdeling som består av avdelinger for fødselshjelp og kvinnesjukdommer ved de 4 sjukehusene i Møre og Romsdal, som foruten Ålesund er Volda, Molde og Kristiansund. Vi har felles avdelings-sjef som er jordmor av fag, Janita Skogeng, og den nye klinikkens øverste sjef er vår egen kollega Henrik Erdal. Sjukehusene i Møre

« Vi har et godt tverrfaglig arbeidsmiljø med mange livlige diskusjoner og stor takhøyde »

og Romsdal har siden foretaksreformen vært gjennom 2 større omorganiseringer, og ved den siste ble vi altså innlemmet i en ny felles klinikk med barneavdelingen og BUP.

Avdelingen har vokst gjennom årene den har eksistert i nåværende bygning på Åse i Ålesund. Vi har 2 seksjoner i avdelingen, føde-barselsseksjonen og seksjon for leger og gynekologisk poliklinikk. Vi har i dag 10 overlegestillinger og 6 faste LIS stillinger i tillegg til turnuslege. 2 av overlegestillingene er vakante pga permisjoner, og vi har ikke lyktes å få vikarer til stillingene. Alle våre LIS stillinger er besatte. Vi har hatt god tilgang på søkere til LIS stillingene, men er avhengige av at våre LIS kommer tilbake til oss etter gruppe 1 tjeneste for å sikre rekruttering av spesialister for fremtiden. Vi er godt fornøyde med å ha tilgang til turnusleger, og vi har rekruttert flere av dem til LIS stillinger hos oss.

Ved føde-barselavdelingen har vi ca. 40 jordmødre og 15 barnepleiere, ved gynekologisk poliklinikk 3 sjukepleierstillinger og 3 sekretærer. Vi har et godt tverrfaglig arbeidsmiljø med mange livlige diskusjoner og stor takhøyde.



Et knippe gode kollegaer på møterommet hilser Gynekologens lesere.



Glade jordmødre og barnepleiere ved føde-barselavdelingen.



Fra gynekologisk poliklinikk. Foto: John Kristian Høye.

Klinisk aktivitet / gynekologisk seksjon

Gynekologisk avdeling mistet vi i en av de nevnte omorganiseringene. I dag ligger våre gynekologiske pasienter som trenger innleggelse i en felles sengepost ved Klinik for kirurgi hvor vi disponerer 5 senger. Pasienter med gynekologisk kreft utredes og følges poliklinisk ved gynekologisk poliklinikk, men cytostatikakurer. Palliativ strålebehandling skjer ved Kreftavdelingen hvor også våre kreftpasienter legges inn ved behov.

Vi disponerer 2 operasjonsstuer ved sentraloperasjon og opererer i tillegg 1 dag pr uke ved sjukehusets dagkirurgiske avdeling – en moderne og godt utrustet operasjonsenhet hvor vi bl.a. opererer enkle laparoskopier, TCER og hysteroskopier. Vi opererer nå 75% av hysterektomiene som TLH. Hos noen der uterus er stor og cervix kan bevares, gjøres LSH med morcellering i bag. Det gjøres fortsatt vaginale hysterektomier, men da helst i kombinasjon med prolapsoperasjoner /spinafiksasjon.

Endometriecancer der man etter omfattende preoperativ utredning med biopsi / bestemmelse av østrogen/progesteron reseptorer, histologisk type med differensieringsgrad, MR/CT konkluderer med lav – og middelsrisiko endometriecancer – opereres ved vår avdeling. Den kirurgiske behandlingen av avansert ovarialcancer er sentralisert til vårt regionsjukehus. Vi benytter RMI score ved utredning av adnexpatologi, vi var faktisk den første avdelingen som tok dette i bruk systematisk for seleksjon av pasienter med tumor pelvis, og henviser i stort sett alle med RMI score > 200. Vi har god patologiservice og benytter ofte frysesnitt ved adnexkirurgi.

De siste 10 årene har ved recidivprolaps hos kvinner > 60 år brukt vaginal nett der andre operasjonsmetoder er vurdert som mindre hensiktsmessige. Vi har ikke erfart alvorlige komplikasjoner, og alle pasientene (>250 TVM og spinafiksasjoner) er registrert i eget register og etterundersøkt ved vår poliklinikk. Vi deltar også i multisenterstudien «Uphold trial» der det snart forventes 5 års resultater.

Vi har ca 10000 årlige konsultasjoner ved gynekologisk poliklinikk der vi i tillegg til ordinære gynekologiske undersøkelser gjør diatermislynge koniseringer .

Når det gjelder infertilitetsbehandling har vi et avtalefestet samarbeid med Fertilitetsseksjonen ved St.Olavs hospital i Trondheim som bl.a. innebærer at kvinner fra vårt opptaksområde som skal til assistert fertilisering ved St.Olavs hospital kan stimuleres /monitoreres i Ålesund inntil eggthenting eller embryotransfer. De siste 5 årene er det 200-250 behandlingssyklusler årlig som er blitt fulgt opp på denne måten.

Ved Ultralydseksjonen har vi 5 jordmødre til ultralydscreening, 4 av disse har ultralydutdanning fra NSF. I tillegg har vi spesialisert ultralyd en dag pr uke i regi av overlege med spesialkompetanse i ultralyd. Her dreier det seg stort sett om oppfølging av risikosvangerskap som IUGR, tvilling –tvilling transfusjonsyndrom og antistoffproblematikk, men også avklaring av en del gynekologiske problemstillinger. Oppfølgingen skjer i nært samarbeid med NSF ved St.Olavs hospital.

Klinisk aktivitet/fødeseksjonen

I følge kvalitets/ kompetanse kravene i «Et trygt fødetilbud» kvalifiserer vårt fødetilbud til kvinneklinikk. Vi innførte derfor i 2013 tilstedevakt for bakvaktene noe vi opplever som en klar forbedring både for det faglige arbeidet i fødeavdelingen og for oss ansatte.

Vårt fødselstall har ligget jevnt på knappe 1400 fødsler årlig, og fødselstallet holder seg slik takket være våre fødekvinne av utenlandsk opprinnelse. I 2016 hadde vi 1353 fødsler og det ble født 1374 barn. 14,7% sectio, 11% operative vaginale fødsler, 1% rifter grad 3 og 4. Indusere gjør vi hos 25%. En utfordring er sectiofrekvensen blant induserte førstegangsfødende som i fjor var 28% ! Vi tror ikke den må være så høy for å sikre et godt utkomme for mor og barn, og dette vil vi derfor ha økt fokus på fremover. Vi hadde metabolsk acidose hos 4 barn, 0,4% av de det ble tatt navlesnorsprøver av.

Vi arbeider nokså trofast etter retningslinjene i Veileder i fødsels-hjelp , og bruker data fra fødesystemet Natus til å se på faglig drift og utfordringer. Vi driver seleksjon av de fødende i «grønne» og «røde» fødende og har rutiner for oppfølging i fødsel i forhold til risiko. Vi tilstreber bl.a. jordmor kontinuerlig til stede i aktiv fødsel, og har krav til dokumentasjon av jordmors tilstedeværelse i den elektroniske fødejournalen Natus.

I 2015 startet vi et prosjekt «Trygg fødsel – for alle-alltid» der vi setter fokus på lik oppfølging av de fødende for å redusere uhensiktsmessig behandlings/oppfølgingsvariasjon, sikre at rutiner følges. Vi vil sikre at de fødende håndteres på korrekt måte utfra til en hver tid definert risiko. Dette arbeidet kom i gang bl.a. på bakgrunn av avviksmeldinger.

Vi har felles undervisning for leger og jordmødre annen hver uke med gjennomgang av fosterovervåking med CTG/STAN og den kliniske håndteringen. Vår og høst har vi Akutt dager med obligatorisk deltagelse x 1 / år for begge yrkesgrupper. Vi trener på akutte tilstander som skulderdystoci, postpartum blødning, eklampsi og resuscitering av gravide. Mange blant personalet har deltatt på ALSO kurs, og vi fokuserer mye på tverrfaglig samhandling. Opplæring og trening i Neonatal resuscitering gjøres tilsvarende i regi av Neonatal seksjonen ved Barneavdelingen.

Slik kompetansen og organiseringen er i dag er det kvinner med spesielle fostermedisinske problemstillinger som sendes for fødsel sentralt og spesielt der det er utviklingsavvik som krever barnekirurgi etter fødsel.

Utdanning / Forskning /Kvalitetsarbeid

Vi har en PhD kandidat hos oss nå med veiledning fra NTNU. Vi håper at hun etter hvert bidrar til å øke forskningsaktivitet i avdelingen . For øvrig har vi deltatt og deltar i mange nasjonale og internasjonale prosjekt / studier. For tiden er vi bl.a. med i MoMaTec studien i regi av det gyn onkologiske miljøet ved Haukeland sykehus, og den obstetriske PregMet2 studien i regi av NTNU.

« Vi trener på akutte tilstander som skulderdystoci, postpartum blødning, eklampsi og resuscitering av gravide »

Vi har faste tidspunkter for internundervisning 2 dager pr uke, og noen av skjer i fellesskap med samarbeidende avdelinger. Så lenge driften tillater det, er det en liberal holdning til deltagelse ved kurs og kongresser. Av forbedringsprosjekter er vi stolte av å ha en fortsatt lav forekomst av fødselsrifter grad 3 og 4 etter at vi deltok i intervensjonsstudien 2006-2007. Vårt utgangspunkt var 5 % rifter blant de vaginalforløste, og nå har vi de siste årene holdt oss rundt 1%.I 2016 gjennomførte vi et vellykket forbedringsprosjekt for å redusere liggetiden ved laparoskopisk hysterektomi.

Vi har som alle andre et utdanningsutvalg og veiledere for LIS. Vi har fødselsfantom til trening i obstetriske ferdigheter og simulatortreningsverktøy i form av D-box / Sim Surgery. Utfordringen ligger i å gi LIS tid til ferdypning og nok ultralyd-screening undersøkelser.

Til høsten skal Perinataldagene arrangeres her i Ålesund, og vi vil benytte anledningen til å ønske alle Gynekologens lesere hjertelig velkommen til dette arrangementet som finner sted 15.-17. november. Høsten 2016 var eventyrlig her værmessig, og vi håper å kunne tilby dere det samme i november.

Takk for at vi fikk presentere avdelingen og arbeidsplassen vår i Gynekologen, stafettspinnen går videre til Haugesund.

Gynekologen anbefaler lesestoff med varierende grad av fagleg relevans

Denne gangen: Gynekologen nr 4 – 2016

Av Ragnar Sande

Etter at vi i flere nummer har avstått frå å anbefale litteratur til våre kollegaer, med påfølgande mangel på litterær retning hos gynekologar landet over, er spalten no attende. Denne gongen skrur vi opp graden av fagleg relevans med eit overraskande metagrep – vi anmelder vår eigen publikasjon! Vi har valt oss førre nummer av Gynekologen, «Gynekologen nr 4 – 2016», som her vert utsett for kritisk analyse. (Du har valgt dette Ragnar, ikkje vi...Red.anm:))

«Gynekologen nr 4 – 2016» har eit tiltalende framsidebilde, vi ser ein murvegg og eit bilde av ein kvinneleg helgen – jomfru Maria? Her inngår to duer, på ein del av veggen som verkar å stå noko ut i forhold til hovudmotiviet i ein fiffig relieffeffekt. Bildet er tatt av Mike Rast-iello, det er alt vi får vite om saka. Muleg at det relaterer til leiarartikkelen, vi kjem attende til den om kort tid. Hadde det vore ein tanke med ein kort tekst om bildet, muligens med ei forklaring på korleis det relaterer til faget? Framsida leverer også nokre hint om kva bladet har å by på; det er tydeleg at redaktøren ser artikkelen om fødselsmekanikk som indrefiletten, men også intervjuet med Rolf Kirschner, ein artikkel om NKS og Norge Rundt i Tønsberg er funne verdig ein plass på framsida.

På side fem er eit nydeleg bilde av redaktøren, fornufens gynekologiske stemme i interne og eksterne fora, sist sett i Nytt på Nytt, der ho slo fast at Johan Golden og Bjørn Eidsvåg har pung (*Red.anm: det var klippet helt ut av kontekst altså! Men det eg antar det er sant*). Vakker og veltalende kåserer ho over julefortellinga og trekk trådar til både aktuelle og evige etiske og faglege problemstillingar. Vi betalar den dama for lite!

På side sju slepp Marit Lieng, vår kjære leiar, til. Ho trør til med eit historisk tilbakeblikk på Norsk Gynekologisk foreining, Gynekologen som tidsskrift og årsmøtet 2016. Ho leverer solid faktabasert underhaldning, det er tydeleg at vi er i trygge hender den dagen Per Børdahl ikkje lenger orkar å minne oss på vår gloriose arv.

Allereie på side 10 startar ein av dei på framsida annonserte godbitane – intervju med Rolf Kirschner. Som ein ekstra bonus ser vi at intervjuet er gjort av sjølvaste Redaktøren, denne gynekologiens anstendige posterpike med den tydelige stemmen, som taler sjølvaste Bergens Tidene midt imot når ho



Agnethe Lund redigerer Gynekologen med tydeleg røyst og eit strålende smil. Ho frontar også faget utad, og er ettertrakta av riksmidia på grunn av sine klare meiningar og vakre andlet.

føler for det. Intervjuet er godt og grundig, krydra med varierte bilde frå Kirschner si lange karriere. Kven av oss har vel ikkje stått klokka tre med ei Simpsons tang og lurt på om Kirschner studerte i Irland eller England? Her får vi svar, både på dette og mykje meir medan vi følgjer Kirschner gjennom sju tiår.

På side 14 kjem høgdepunktet: Kåre Augensen (pensjonert obstetrikar) fortel om fødselsmekanikk. Alle som har høyrte Augensen fortelje om dette vil rose redaktøren (denne uredde debattanten som frontar fagmiljøet på slikt framragande vis, med sitt vakre åsyn og sine velfunderte meiningar) for å ha fått han til å dele dette med Gynekologen sine lesarar. Framstillinga blir ikkje heilt det same utan Augensen i rommet, men viss du høyrer for deg teksten lese på sofistisert bergensk, med Augensen si lett raspende malmfulle røyst, blir det nesten som å ha han der. Forklaringane og figurane er dei same enkle, grundige og poengterte framstillingane vi kjenner frå Augensen sine forelesingar.

Deretter følgjer ein artikkel om Kreftregisteret, der forfattern klarar å gje liv til eit i utgangspunktet (sorry, Marte) kjedeleg tema ved hjelp av festlege grep som revolverintervju av dei tilsette og kontrollspørsmål til lesaren. Norske Kvinners Sanitetsforeining får lov til å presentere seg over tre sider, inkludert eit flott foto av artikkelforfattaren med ein svær perm under armen. I 2016! Ikkje ei datamaskin i sikte. Har vi her ei forklaring på kvifor vi aldri høyrde noko meir om den søknaden vi sende i 2014?

Mette Moen stiller med si faste spalte "Hormonhjørnet", der ho denne gongen tar for seg hormonell behandling av endometriose. All ære til Moen som villeg og regelmessig deler av sin kompetanse på dette vanskelege fagfeltet. Etter ei forelesing med Moen hadde eg eingong ei kjensle av å forstå noko av endokrinologien. Det gjekk dessverre fort over, men hennar kompetanse og pedagogiske evner er altså tilgjengelege for Gynekologen sine lesarar på regelmessig basis.

Dei neste 12 sidene er via til ymse referat frå årsmøtet på Lillestøm. Dei fleste som var der vil nok vere einig i at det var morsommare å vere der enn å lese om det...



Framsida på Gynekologen syner oss eit gatemåleri av ein helgen (Maria møy?). Flott relieffeffekt på duene. Det verkar som om nokon har prøvd å henge ein plakart over augene - eit bilde på noko? Men kva?

Deretter følgjer ein lengre bolck med referat frå ulike utlandsopphald som medlemmene har gjennomlevd. Lise Tangenes Leevs og Tilde Broch Østborg fortel om utvekslingsopphald i Italia, og konkluderer med at mykje er annleis i Italia og ikkje nødvendigvis betre enn heime. Lite nytt der, altså. Irina Eide fortel om NFOG i Finland, som tydelegvis var av større interesse. Annetine Staff har vore i på ISSPH i Brasil, og legg opp referatet sitt derifrå som eit intervju med seg sjølv. Fiffig grep. Til slutt fortel Tiril Tingliff om kurs i laparoskop i Roma, ho er noko meir imponert over nivået i Italia enn kollegaene Østborg og Leevs.

"Norge Rundt"-spalten rullar og går, denne gongen er det Tønsberg som fortel om seg sjølv. Dei lar ikkje høvet gå frå seg til å påpeike Tønsberg sin status som landets eldste by. Ellers kan vi lese at miljøet er godt og at laparoskopien står høgt i kurs der i garden. Godt at nokon tek ansvar.

«Gynekologen nr 4 – 2016» framstår som eit svært varierende produkt, med glitrande seksensar skrivne av mellom andre redaktøren, denne vestlandets gullstrupe med dei tydelege... (*Red, anm: Det er nok nå, Ragnar. Du skal få lov til å komme tilbake som fast journalist i Gynekologen*). Narrativ framgang er så å seie fråverande, ein har valt å belyse emnet gynekologi, obstetrik og gynekologar ved hjelp av ei rekke kortare tekstar, nær sagt tablå, slik sett eit svært moderne grep. Det store talet fortellarstemmer bidrar også til å gje publikasjonen eit preg av lappeteppes, på den andre sida aukar kanskje dette sannsynet for at ein finn noko som talar til den enkelte gynekolog. Vi tar nok ikkje munnen for full når vi konkluderer med at «Gynekologen nr 4 – 2016» er å ansjå som eit sentralt verk innan moderne norsk gynekologisk og obstetrisk faglitteratur.

Antibiotika fritt legemiddel mot bakteriell vaginose

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

VAGINALTABLETT
Donaxyl®
dekvaliniumklorid

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 Invest 2012; 73: 8-15.

Donaxyl, CampusPharma. Antiinfektiv til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A C05. Står ikke på WADAs dopingliste. **VAGINALTABLETTER 10 mg**: Hver vaginaltablett inneh.: 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. Føres langt inn i skjeden ved leggetid om kvelden. Innføring er lettest i en tilbakeleilighet med bena litt Boyd. 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 vaginaltablett 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): Infeksjoner: Vaginalis candidiasis. Kjønnsganer/bryst: Vaginalutflod, vulvovaginal pruritus, vulvovaginal sviende følelse. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Infeksjoner: Bakteriell skjedekatarr, soppinfeksjon i huden, vulvitt, vulvovaginit. Kjønnsganer/bryst: Vaginale blødninger, vaginalsmerte. Nevrologiske: Hodpine. Ukjent frekvens: Infeksjoner: Blærekatarr. Kjønnsganer/bryst: Sår og maserasjon i vaginalt epitel, uterusbldning, 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 nedardret 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.gr.: C²

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



Klager dine OAB pasienter over munntørrehet?

Ta en samtale om overaktiv blære (OAB) med dine pasienter

- Den første β_3 -agonisten mot overaktiv blære^{1,2}
- Virker på de vanligste OAB-symptomer^{1,2}
- Munntørrehet på placeboivå^{1,2}

Les alltid preparatomtalen for du forskriver Betmiga, særlig forsiktighetsregler og interaksjoner. Betmiga er kontraindisert hos pasienter med alvorlig ukontrollert hypertensjon, $\geq 180/110$ mm Hg.

Munntørrehet på placeboivå^{1,2}

Betmiga™
mirabegron

Referenser: 1. Khullar V, Amarencio G, Angulo JC et al. Efficacy and Tolerability of Mirabegron, a β_3 -Adrenoceptor Agonist, in Patients with Overactive Bladder: Results from a Randomised European–Australian Phase 3 Trial. Eur Urol 63;(2013):283–295. 2. Nitti VV, Rovner E, Franks B et al. Early experience with mirabegron: comparative persistence of mirabegron and tolterodine extended release in patients with overactive bladder. J Urol 2013;189:1388–1395

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

Betmiga. Urologisk spasmolytikum. ATC-nr.: G04B D12. **DEPOTTABLETTER, 25 mg og 50 mg:** Hver depottablett inneholder: Mirabegron 25 mg, resp. 50 mg, hjelpestoffer: Fargestoff: 25 mg: Gult og rødt jernoksid (E 172), 50 mg: Gult jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og urgeinkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 50 mg 1 gang daglig. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** Preparatet er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 ml/minutt/1,73 m² eller pasienter som trenger hemodialyse) eller ved alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C), og anbefales ikke til disse pasientgruppene. Det foreligger begrensede data fra pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m²) og det anbefales en dosereduksjon til 25 mg for denne pasientgruppen. Tabellen viser anbefalt daglig dose for pasienter med nedsatt lever- eller nyrefunksjon ved fravær og tilstedeværelse av sterke CYP 3A-hemmere.

		Sterke CYP 3A-hemmere	
		Uten hemmer	Med hemmer
Nedsatt nyrefunksjon ¹	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	50 mg	25 mg
	Alvorlig	25 mg	Ikke anbefalt
Nedsatt leverfunksjon ²	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	25 mg	Ikke anbefalt

¹ Lett: GFR 60–89 ml/minutt/1,73 m². Moderat: GFR 30–59 ml/minutt/1,73 m². Alvorlig: GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m².

² Lett: «Child-Pugh» klasse A. Moderat: «Child-Pugh» klasse B.

Barn og ungdom: Bør ikke brukes, da effekt og sikkerhet ikke er tilstrekkelig dokumentert. **Administrering:** Tas 1 gang daglig. Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele med væske. Skal ikke tygges. Skal ikke deles eller knuses. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Alvorlig ukontrollert hypertensjon definert som systolisk blodtrykk ≥ 180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk ≥ 110 mm Hg. **Forsiktighetsregler: Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Se Dosering. **Hypertensjon:** Mirabegron kan øke blodtrykket. Blodtrykk bør måles ved oppstart og jevnlig under behandlingen, spesielt hos hypertensive pasienter. Det foreligger begrensede data fra pasienter med hypertensjon trinn 2 (systolisk blodtrykk ≥ 160 mm Hg eller diastolisk blodtrykk ≥ 100 mm Hg). **Kongenital eller ervervet QT-forlengelse:** Ved terapeutiske doser i kliniske studier, har mirabegron ikke gitt klinisk relevant QT-forlengelse. Pasienter med tidligere kjent QT-forlengelse eller pasienter som bruker legemidler som er kjent for å gi forlenget QT-intervall er imidlertid ikke inkludert i studiene, og effekten er ukjent. Varsomhet må utvises ved bruk til disse pasientene. **Pasienter med blæreobstruksjon**

(BOO) og pasienter som tar antimuskariner mot overaktiv blæresyndrom (OAB): Hos pasienter som tar mirabegron er det etter markedsføring rapportert om urinretensjon hos pasienter med BOO og hos pasienter som tar antimuskariner som behandling mot OAB. En kontrollert klinisk sikkerhetsstudie av pasienter med BOO viste ingen økt urinretensjon hos pasienter behandlet med mirabegron, men mirabegron bør likevel administreres med forsiktighet ved klinisk signifikant BOO. Mirabegron bør også administreres med forsiktighet til pasienter som tar antimuskariner som behandling mot OAB. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon (GFR 30–89 ml/minutt/1,73 m²) eller lett nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A), og samtidig behandling med sterke CYP3A-hemmere, er anbefalt dosering 25 mg/dag. Det bør utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler med smal terapeutisk indeks som metaboliseres signifikant via CYP2D6, slik som tioridazin, antiarytmika type IC og TCA. Det bør også utvises forsiktighet ved samtidig bruk av CYP2D6-substrater, der dosen titreres individuelt. For pasienter som skal starte behandling med en kombinasjon av Betmiga og digoksin, bør laveste dose digoksin forskrives i starten. Digoksinkonsentrasjonen i serum bør overvåkes og brukes til titrering av digoksinosen for å oppnå ønsket klinisk effekt. Det bør tas hensyn til muligheten for at mirabegron kan virke hemmende på P-gp ved kombinasjon med sensitive P-gp-substrater, som f.eks. dabigatran. Økt eksponering for mirabegron forårsaket av interaksjoner kan være forbundet med forhøyet puls. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som som prøver å bli gravide. **Amming:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Kvalme/forstoppelse, diaré. Hjerte/kar: Takykardi. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Nevrologiske sykdommer: Hodepine, svimmelhet. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerte/kar: Palpasjon, atrieflimmer. Hud: Urticaria, utslett inkl. makuløst og papuløst, pruritus. Infeksiøse: Vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnsgener/bryst: Vulvovaginal pruritus. Muskel-skjelettsystemet: Hovne ledd. **Undersøkelser:** Forhøyet blodtrykk, forhøyet γ -GT, forhøyet ASAT, forhøyet ALAT. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/10000$):** Gastrointestinale: Leppeødem. Hud: Leukocytoklastisk vaskulitt, purpura, angioødem. Nyre/urinveier: Urinretensjon. Øye: Øyelokksødem. **Svært sjeldne ($< 1/10000$):** Hjerte/kar: Hypertensjon krise. Ukjent frekvens: Psykiske: Insomni.

¹ Observert etter markedsføring.

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Opptil 300 mg daglig i 10 dager, ga økt puls og økt systolisk blodtrykk ved administrering til friske. **Behandling:** Symptomatisk og støttende. Monitorering av puls, blodtrykk og EKG anbefales. **Pakninger og priser** (pr. 23.02.2017): **25 mg:** 30 stk. (blister) 371,90 kr; 90 stk. (blister) 1029,50 kr. **50 mg:** 30 stk. (blister) 371,90 kr; 90 stk. (blister) 1029,50 kr. 90 stk. (flaske) 1029,50 kr. **Reseptgruppe:** C. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode:** ICPC: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 **Annen spesifisert urininkontinens** **Vilkår:** Ingen spesifisert. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V.

Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 03.2016.

Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma.