

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

2 • 2017

P-pillen 50 år



Salpingektomi og risiko for ovarialcancer s. 14

Ny spesialiseringstruktur s. 24

Årsmøteprogram 2017 s. 46

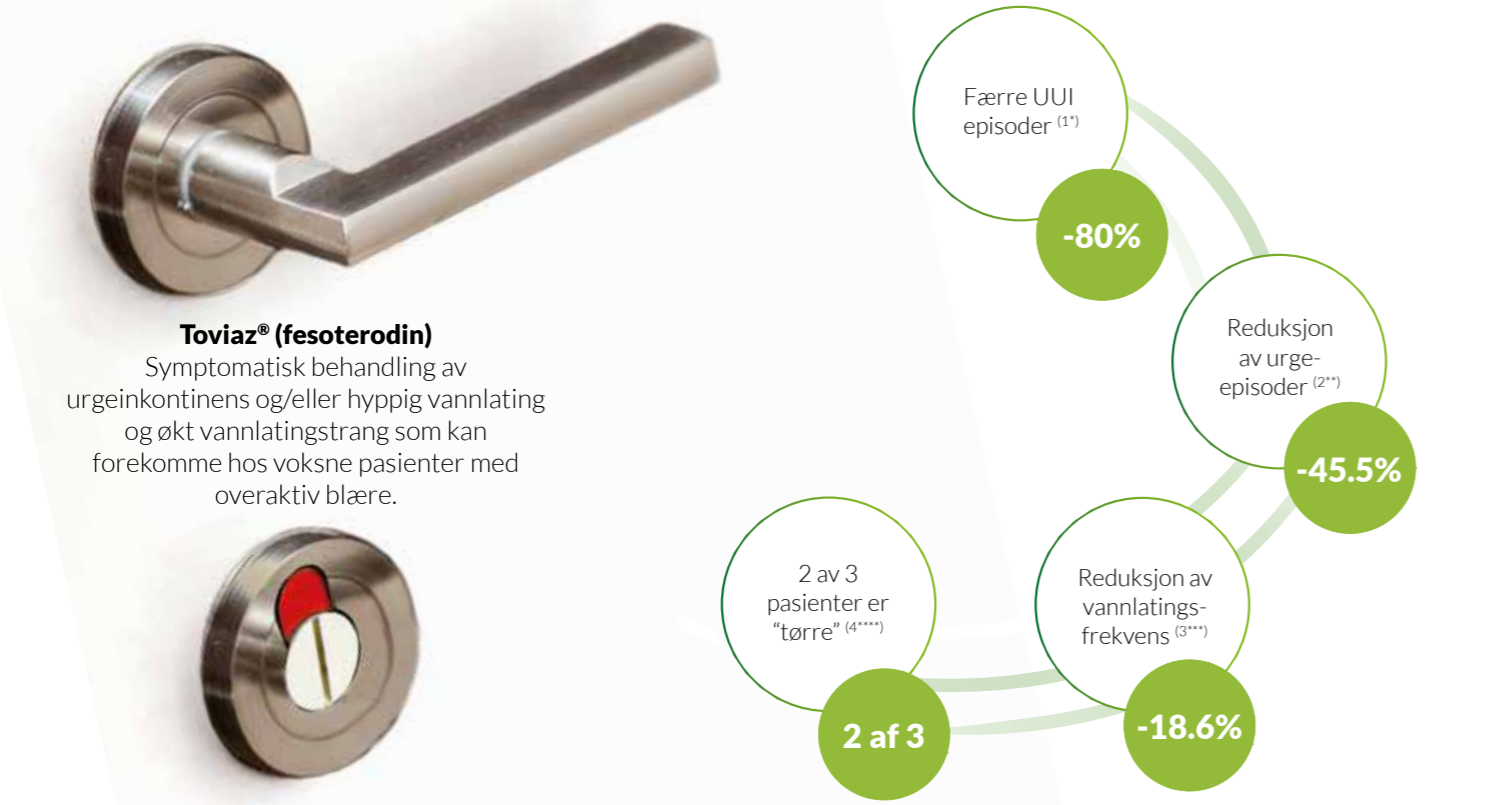


Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

GOD EFFEKTDOKUMENTASJON¹

Forbedring av OAB symptomer¹



Må man... så må man!

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

* Med Toviaz® 4 mg og Toviaz® 8 mg vs placebo ved uge 12 ** Med Toviaz® 8 mg vs placebo og tolterodin ER 4mg ved uge 12 *** Færre toiletbesøg med Toviaz® 8 mg end placebo **** Behandling med Toviaz® 8 mg gav en signifikant forbedring i antallet af UII-episoder ved uge 12 vs hhv. tolterodin ER 4mg (p=0.017) og placebo (p<0.001) 1. Toviaz SmPC 3, august 2016 2. Chapple C. et al. BJU Int. 2014;114:418-26. 3. Kaplan S.A. et al. BJU Int. 2010;107:1432-1440. 4. Chapple C. et al. Eur Urol. 2007;52(4):1204-12. 5. Herschorn S. et al. BJU Int. 2010;105(1):58-66.

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

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

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

2 Forsiktig doseøkning.
3 Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Ingen tilgjengelige data. Administrering: Skal svelges hele sammen med væske. Kan inntas uavhengig av måltid.
Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene, peanøtter eller soya. Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megakolon. Ukontrollert trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh C»). Samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon (f.eks. klinisk signifikant forstørret prostata pga. benign prostatahyperplasi). Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroesofagealrefluks og/eller samtidig bruk av legemidler som kan føre til eller forverre esofagitt (f.eks. orale bisfosfonater), nedsatt gastrointestinal motilitet, autonom nevropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller opprettes hos pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktiv metabolitt. Nedsatt lever- og nyrefunksjon, samtidig administrering av potente eller moderate CYP 3A4-hemmere, samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere. Ved kombinasjon av disse faktorene forventes ekstra økning i eksponeringen.
Doseavhengige antimuskarin bivirkninger vil sannsynligvis oppstå. Individuell respons og toleranse bør evalueres for doseøkning til 8 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til overaktiv blære må utelukkes før behandling. Andre årsaker til hyppig vannlating (behandling av hjertesvikt eller nyresykdom) må vurderes før behandlingsstart. Ved forekomst av UVI må egnet behandling igangsettes. Angiødem er rapportert med fesoterodin, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Hvis angiødem forekommer, skal fesoterodin seponeres og egnet behandling igangsettes umiddelbart. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QT-forlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (f.eks. myokardial iskemi, arytmi, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktosemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskarin eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiver, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalt terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mage-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks.fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itrakonazol, ketokonazol, nefazodon, nefin avir, ritonavir og alle ritonavirforsterkede PI-regimer) sakinavir og tellitromycin). Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger og dosereduksjon til 4 mg kan være nødvendig. Hos friske har fesoterodin 8 mg 1 gang daglig ingen signifikant effekt på farmakokinetikk eller antikoagulerende effekt av en enkelt dose warfarin. **Graviditet/Amning:** Fertilitet: Ikke vurdert. Fesoterodin har ingen effekt på mannlig eller kvinnelig fertilitet eller andre effekter på reproduksjonsfunksjonen hos mus, eller på tidlig utvikling av embryo hos musfoster. Kvinner i fertil alder bør gjøre oppmerksom på manglende fertilitetsdata, og fesoterodin bør bare gis etter en individuell nytte-/risikovurdering. Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amning bør unngås.
Bivirkninger: Svært vanlige (>1/10): Gastrointestinale: Munntørhet. Vanlige (>1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Abdominalsmerte, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Tørr hals. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Hjerter: Tørr hoste. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, tørr, nesestørhet. Neurologiske: Smaksforstyrrelse, søvnplens. Nyre/urinveier: Urinretensjon (inkl. følelse av restruin, sykkelig trang til vannlating), urinhesitasjon. Øre: Vertigo, Øye: Uklart syn, Øvrige: Utmatthet. Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Hud: Angiødem, urticaria. Psykiske: Forvirringstilstand. Etter markedsføring: Tilfeller av urinretensjon hvor kateterisering har vært nødvendig, vanligvis i løpet av den 1. behandlingssuken. Primært sett hos eldre mannlige pasienter (>65 år) som tidligere har hatt benign prostatahyperplasi. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opptil 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge bivirkninger. Behandling: Ev. ventrikkelskylling og medinsisk kull. Symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D11 side 65 d i Felleskatalogen 2012. Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifik muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolyseres av uspesifikke plasmaesteraser til 5-hydroksymetylderivatet, dens primære aktive metabolitt, som er den dominerende aktive farmakologiske prinsippet i fesoterodin. Absorpsjon: Maks. plasmanivå nås etter ca. 5 timer. Terapeutiske plasmanivåer oppnås etter 1. administrering. Proteinbinding: Aktiv metabolitt er ca. 50% bundet til albumin og alfa-1-surt glykoprotein. Fordeling: Distributionsvolum: 169 liter etter iv. administrering. Halveringstid: Terminal halveringstid for aktiv metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktiv metabolitt. Gjennomsnittlig C_{max} og AUC for aktiv metabolitt, øker opptil hhv. 1,7 ganger og 2 ganger hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme. Utskillelse: Ca. 70% i urin og 7% i feces. Levermetabolisme og nyreutskillelse bidrar i betydelig grad til å utskille den aktive metabolitten. Pakninger og priser: 4 mg: 28 stk. (blister) kr. 352,80. 84 stk. (blister) kr. 973,40. 8 mg: 28 stk. (blister) kr. 370,20. 84 stk. (blister) kr. 1025,50. Refusjon: 1G04B D11. 1. Fesoterodin Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). Refusjonskode: ICD-C Vilkår nr U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens - Vilkår: Ingen spesifisert Sist endret: 01.10.2016



Gynekologen
Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør
Jenny Alvirovic
Overlege, Oslo universitetssykehus, Ullevål
jennyalvirovic@hotmail.com

Redaksjonsmedlemmer
Renee Waage
LIS Bodø
renee.waage@gmail.com

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

Magne Halvorsen
Privatprakt, SSA Arendal
magnehalvorsen@hotmail.com

Nettredaktør
Tina Tellum
LIS OUS
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: 1300



INNHOOLD

REDAKTØR.....	5
LEDER	7
INTERVJU	
Ung og lovande: Cathrine Rafaelsen	8
GYNEKOLOGEN UTENLANDS	
Med leger uten grenser til Timergara	10
AKTUELT I FORENINGEN	
St. Olavs Orden til Gro Nylander	13
Intimkirurgi	41
FAGLIG PÅFYLL	
Salpingektomi och risk för ovarialcancer	14
Gravid(itet) med stomi, hvordan går det da?	16
HORMONHJØRNEN	
P-pillen, 50 år i Norge	18
FUGO	
Leder	22
Formøte 2017 - Myoma uteri	23
Ny spesialiseringsstruktur - en etterlengtet forløsning eller en forbannelse?	24
SPECIALITETSKOMITÉEN	
Utdanning av leger - en viktig sykehusoppgave i dag og i fremtiden	28
UTDANNING, KURS OG MØTER	
Hormoner: Venn eller fiende	29
Nordic Congress on Gynecological Endoscopy	32
The Italian Connection	34
NORGE RUNDT	38
Utvalgte abstracts fra AOGS.....	42
GYNEKOLOGEN ANBEFALER	44
PROGRAM NGF ÅRSMØTE.....	46
PhD	50

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

Forsidefoto: P-pillen | colourbox.com | Redigert av Ole Alexander Dyrkorn



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.

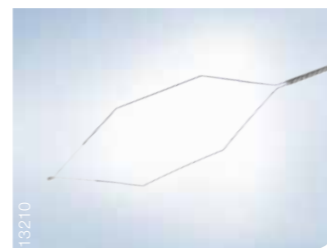
PK TECHNOLOGY instrumenter har vært etablert i markedet i mer enn ti år, og brukes av gynekologer over hele verden i ulike prosedyrer.

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



« Det har jeg
aldri gjort før,
det kan jeg sikkert »

Pippi

Kjære kollega!

Jeg håper sommerturnusen er vel i havn og at du snart (kanskje allerede) kan nyte noen velfortjente feriedager, lene deg tilbake i fluktstolen og lese Gynekologen. Jeg gleder meg over muligheten til å være en del av redaksjonen som formidler aktualiteter til gynekologer i vårt langstrakte land. Med respekt for oppgaven (se sitat) og noe overivrig etter å få nok stoff til et «helt blad», ble jeg møtt av vennlige, engasjerte og positive kollegaer, som har ført til en tettpakket, men forhåpentligvis underholdende og lærerik sommerutgave. FUGO med Thea Falkenberg Mikkelsen i spissen og spesialitetskomiteen med Jeanne Mette Goderstad hjelper oss å forstå prosessen og forventningene omkring den nye spesialitetsstrukturen. Henrik Falconer deler sine forskningsresultater, som har medvirket til at vi gjør salpingektomi oftere enn før og Bjørn E. Rosenberg skriver om plastikkirurgenes syn på intimkirurgi. Videre vil du i kjent stil ta del i reiser i gynekologiens verden, fra Timergara i sør, til Norefjell i nord. Rolf Kirschner skriver velvalgte ord om kollega Gro Nylander som ble tildelt St. Olavs Orden i fjor høst. Jeg er så heldig å ha Gro i mitt nabolag. Hun fortsetter sitt omsorgsfulle arbeid, i det siste med en ny vri. I skrivende stund har hun et kopplam i pensjon. «Tulla» fotfølger henne som sin egen mor, og får melk på flaske (!) hver time. I møte med Gro og Tulla fikk jeg, som så mange andre før meg, glede av hennes livserfaring og faglige tyngde. Hun kjenner livet som gynekolog

og de utfordringer det kan bringe med seg. Vi burde alle ha en slik mentor, også som spesialister. Vi har alle nytte av å dele erfaringer med dem som har gått veien før oss, og som gjerne deler av sin kunnskap og entusiasme for faget. La oss glede hverandre med nysgjerrighet og begeistring. Det gir gode og spennende arbeidshverdager.

Takket være dyktige og engasjerte kollegaer kunne dette bladet vært mye lengre. Økonomien begrenser det, så kjære kollegaer, betal årskontingenten med glede!

Nå står lyse sommernetter for tur, bær på strå, myggstikk og friske morgenbad. Tusen takk til alle som har bidratt med å få denne utgaven av Gynekologen i havn, og ikke minst tilliten og samarbeidet med styret i NGF. Jeg gleder meg til fortsettelsen.

Med ønske om en god sommer og husk (early-bird) påmelding til årsmøtet i Stavanger!
Vi sees der!

Beste hilsen
Jenny Alvirovic

Ledig stilling som medredaktør i Gynekologen

Du er interessert og motivert, higer etter nye utfordringer, vil bli kjent med flere kollegaer og utvide ditt nettverk. Du sier ja når du burde si nei, og har dager som allerede er fylt til randen!

Da er dette jobben for deg!



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.

▼ 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 × 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 × daglig, tilsv. daglig totaldose 400 mg. Er ytterligere, siste dosereduksjon nødvendig, kan reduksjon til 100 mg 2 × 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 × 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 × daglig, tilsv. en total daglig dose på 300 mg. Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres dosen til 200 mg 2 × 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, nøyttropeni, trombocytopeni og lymfopeni. Behandling bør ikke startes før restitusjon fra hematologisk toksisitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og nøyttrofilverdier bør være innenfor normalområdet eller CTCAE grad 1). Fullstendig blodtelling ved behandlingssoppstart 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 immunsuppressiver er ikke undersøkt, og forsiktighet bør utvises. Pasienten bør overvåkes nøye. Effekten 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). Effekten 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 embryoføtal overlevelse.

Bivirkninger: Olaparib-monerapi er forbundet med bivirkninger, vanligvis av mild eller moderat alvorlighetsgrad (CTCAE 1 eller 2). Frekvens for alle CTCAE-grader er som følger: *Svært vanlige* (≥1/10): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, diarè, dyspepsi. Nevrologiske: Hodepine, svimmelhet, dysgeusi. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Anemi, nøyttropeni, 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)-enzymet. 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 × daglig). **Fordeling:** Tilsynelatende Vd: ~167 liter. **Halveringstid:** Terminal t_{1/2}: 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 × 112 stk. (plastflasker) kr 55787,30.

Sist endret: 21.11.2016

AstraZeneca 

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

Lynparza™
olaparib
capsules 50 mg



« Det er vi i NGF som har kompetansen, og vi har et sterkt ønske om å bli tatt med på råd når saker innen vårt fagområde diskuteres i Direktoratet »

Kjære medlemmer!

Norsk Gynekologisk forening er en fagmedisinsk forening som alltid har vært preget av stort faglig engasjement og høy faglig standard. I NGF har vi tilgang til medlemmer med høy kompetanse innen alle deler av vårt fagområde. Og våre medlemmer engasjerer seg uten å nøle når aktuelle faglige saker kommer på dagsordenen, både gjennom media og i våre forvaltningsorganer. Vi var tidlig ute med nasjonale faglige veiledere, og disse revideres jevnlig i et landsomfattende dugnadsarbeid utført av medlemmene i foreningen.

Det er derfor veldig synd at samarbeidet og dialogen med Helsedirektoratet ikke er bedre enn den er, og her er det stort potensiale for forbedringer. Vi har dessverre en del eksempler på saker de senere årene, der saksbehandlingen og resultatet av denne uten tvil hadde profitert på et tettere og bedre samarbeid mellom Helsedirektoratet og NGF. Eksempler på dette er overtidsaken, diskusjonen rundt verktøy for bruk av terminbestemmelse og utarbeidelsen av nye retningslinjer for svangerskaps-diabetes. I NGF opplever vi dessverre at vi ofte ikke er kjent med at saker som angår vårt fagområde er på agendaen i Direktoratet.

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@kh.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.
ingridvolloyhaug@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

Resultatet av dette er at vi kommer sent inn i prosessene, noe vi mener er ugunstig for begge parter. Det er etter min mening uheldig for alle om retningslinjer og anbefalinger som utgis av Helsedirektoratet avviker fra våre veiledere.

Det er vi i NGF som har kompetansen, og vi har et sterkt ønske om å bli tatt med på råd når saker innen vårt fagområde diskuteres i Direktoratet. En del av NGF-medlemmene oppnevnes av de regionale helseforetakene som deltakere i råd og utvalg når aktuelle faglige saker diskuteres i Helsedirektoratet. Dere oppfordres herved til å informere styret i NGF om dette, slik at vi i større grad kan være «på ballen» tidligere i aktuelle prosesser.

Når du leser dette står sommeren for døren. Det betyr at høstens store begivenhet i NGF nærmer seg. Årsmøtet i Stavanger går av stabelen 25.–27. oktober, og påmeldingen åpnes snart. For å sikre et godt faglig og sosialt hyggelig arrangement som tiltrekker både mange av medlemmene i NGF og deltagere fra industrien, har styret i NGF, den lokale komiteen og CIC allerede planlagt årsmøtet i lang tid. Det arrangeres som før en rekke formøter. Formøtene fikk meget gode tilbakemeldinger ved fjorårets årsmøte, og jeg oppfordrer derfor de av dere som ikke har som vane å dra på formøte å vurdere å delta på disse i år.

Jeg håper også at mange av dere sender inn abstrakt, og på denne måten bidrar til i formidlingen av ny kunnskap med frie foredrag eller postere.

Fristen for innsendelse av abstrakt er 15. august. Tradisjonen tro deler vi også ut hederspris og forskningspris under Årsmøtet i Stavanger. Ta kontakt med meg innen 15. august om dere har forslag til verdige kandidater for disse ærefulle prisene!

Fortsett med å ta kontakt med meg for store eller små innspill til styret.

Vennlig hilsen
Marit Lieng, Leder, NGF

Ung og lovande: Cathrine Rafaelsen

LIS ved Kvinneklinikken ved Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Av Ragnar Sande, Redaksjonsmedlem, Seksjonsoverlege Stavanger Universitetssjukehus.

Gynekologen har lenge hatt ei draging 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 i faget: Legar i spesialisering, som skal overta spekelet og føre faget mot nye høgder i tiåra som kjem.

Denne gongen: Cathrine Rafaelsen, Kvinneklinikken ved Sykehuset i Vestfold, Tønsberg.

Hei, Cathrine!

– Hei!

Vi startar med starten – når vart du fødd?

– Første barn. 4. januar 1988 i Mo i Rana. Under fødselen vart det truende asfyksi, og det vart bestemt forløyning med vakuum. Koppen glapp tre gonger, eg hadde visst mykje hår. Overlegen banna og asslegen tørka sveitte av panna til pappa. Mamma hugsar ikkje kor mange drag det var, men det gjekk greitt. Eg havna i kuvøse, fekk kefalhematom og akrocyanose. Kva er det? Brukar vi det enno? Men det gjekk bra, altså.

Kvar gjekk du på skule?

– Eg gjekk på barne og ungdomsskule i Mo i Rana. Eg tok andre året på ungdomsskulen i Torquay i England, då var eg søkke lei av Mo i Rana. Der hadde eg engelsk og drama, for det syns eg høyrtest artig ut, og så hadde eg fransk.

Cathrine Rafalesen – Gynekologspire, livsnyttar, nordlending.



Eg har alltid vore glad i dyr, og bestemte meg for å bli veterinær (Figur 3). Då eg skulle søke sa ho tante til meg «skal du ikkje bli lege i staden?». Men mamma sa «nei huff, stakkars deg». Eg sette medisin over veterinær i siste liten, og kom inn i Tromsø. Eg som var så glad i sol og sommar, og så skulle eg flytte endå lengre nord? Eg bestemte meg for å prøve det eit år, Tromsø og medisinen.

Korleis var det?

– I Tromsø var det slik at folk gjekk på ski til universitetet. Alle medisinstudentane hadde facebook profilbilde frå toppen av eit fjell. No har eg omsider fått det eg og (Figur 4). Endeleg ekte Tromsøstudent.

På 4. året hadde vi gynekologi og obstetikk, då hadde eg eit semester i Pretoria, på eit sjukehus som heitte Kalafong. Det var andrelinje sjukehus med ein lege på vakt. Studentane gjekk vakt, eg hadde mine egne HELLP-damer som eg gjekk og tok blodprøver av kvar 4. time. Heile døgnet. Vi var fire frå Tromsø som var der, det var kjempespennande. Vi reiste også litt rundt, det er eit fantastisk land, god mat, god vin, utruleg gjestfrie folk.

Var det då interessa for gynekologi vart vekt?

– Nei... Mamma er jo jordmor. Eg har interessert meg frå det heilt sidan eg var liten. Men interessa vart ikkje mindre av opphaldet i Afrika. Mamma syns det var forferdeleg. «Stakkars deg, ikkje berre skal du bli lege, men gynekolog! Korleis skal det gå?»

Eg trur det var på fyrste året, då eg vart med i Medisinstudentenes Seksualopplysning. Det var nokon der som spurde kva eg skulle bli, så eg sa eg skulle bli gynekolog. Då sa ho «Det skal eg og!», så då tenkte eg at det skulle jo eg bli, ikkje kom og ta det frå meg! Så då vart eg endå meir oppsett på dette.

Navn: Cathrine Rafaelsen (29)

Stilling: LIS ved Kvinneklinikken ved Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Kva del av faget interesserer deg særleg?

– Faget vårt er jo veldig variert, det er indremedisin, det er action, det er ultralyd, det er liksom heile medisinen i eit fag. Eg kan jo ikkje så mykje endå, så det er kjekt å lære alt. Eg ser jo for meg at eg kjem til å subspecialisere meg etter kvart. Eg syns jo det er veldig veldig artig på operasjonsstua. Det er gøy på føden og, men er er jo ung, og ser litt ung ut, så det tar litt tid før jordmødrene forstår at eg meiner det eg seier. Det er jo ei tøff yrkesgruppe, det blir vel litt lettare når eg blir eldre.

Er du komen i gang med forskning enno?

– Nei, det er eg jo ikkje. Eg veit ikkje heilt kva eg skal forske på. Har du nokon gode tips? Eg er gjerne med på eit forskingsprosjekt, særleg viss dei går i København (den lar vi gå ut til Gynekologen sine lesarar. Er det nokon som har eit prosjekt, fortrinnsvis i København, der det er rom for ein ung og arbeidssom LIS?).

Alle gynekologar må ha ein hobby – kva er din?

– Eg likar å vere med andre, å bli med på det dei held på med, så eg slenger meg gjerne med på andre sine hobbyar. Eg har gjort litt forskjellig – yoga, klatring, malig... Eg trur min hobby eigentleg er livsnyting – lukte på blomster, god mat, vin, reising. Eg likar å oppleve det livet har å by på. Dei der fine augneblinka i kvar-dagen. Ut over det har eg vel ingen bestemt hobby som eg driv veldig mykje med.

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

– Det er eit vanskeleg spørsmål. Det kjem sjølvsagt til å skje mykje med teknologien, at ultralydmaskinene kjem til å fortelje oss mykje meir.

Eg håpar det blir endring på journalsystemet, at vi slepp å ha eit journalsystem, eit fødesystem eit røntgenprogram og så vidare. Håpar at dei kan snakke saman, at vi kan lese kva pasienten har fått gjort i Tromsø i går utan at vi må ringe og spørje.

Men folk kjem jo framleis til å føde. Kanskje dei etter kvart blir meir bevisste på at det med sectio ikkje alltid er så lurt? Med det fokuset vi no har på rifter og støtting kan ein jo håpe at det blir mindre framfall og descensoperasjonar i framtida.

Eg trur ikkje det blir mindre å gjere. Vi får håpe at arbeidsvilkåra ikkje blir verre og verre. Vi har jo ein kjempekjekk jobb, men ikkje for einkvar pris. Eg vart kjempesint i fjor, då vi hadde den der streiken. Ein kollega og eg snakka om å starte bokkaffe, viss dei skulle ha oss til å jobbe på den der måten.

Kvar ser du deg sjølv om 30 år?

– Då har eg forhåpentlegvis nokre barn. Eg driv forhåpentlegvis med den same jobben – og trivst. Jordmødrene har begynt å ta meg seriøst. Forhåpentlegvis badar eg i havet kvar morgon.

Eg har lyst til å undervise medisinstudentar. Det likar eg – å lære frå meg faget mitt. Eg håpar eg flirer mykje. Eg håpar ikkje verda har gått under – at Trump ikkje tar heilt av. Det kan jo til å med hende at eg har nokon barnebarn om så lenge.



Omsider facebookbilde frå ein fjelltopp, slik alle Tromsøstudentar må ha. Okstindan er dei høgste fjella i Nord-Norge, her frå Oksskolten, 1916 m.o.h.



Framsida på Penny oktober 1999. Rafaelsen har tydelegvis dyretekke.

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

Med leger uten grenser til Timergara

Av Renee Waage, redaksjonsmedlem, LiS, OUS Rikshospitalet

Denne gangen har vi med et intervju av en modig og flink lis-lege som jobber ved Kvinneklinikken på Stavanger sykehus. Hun har reist ut med «Leger uten grenser» til Timergara i Pakistan og har der vært en verdifull ressurs i et område hvor legedekningen er svært lav sammenlignet med Norge. I Timergara arbeidet hun ved et sykehus med 9200 fødsler per år, det var over 35% direkte obstetriske komplikasjoner, 13 senger, 3 forløsningsbenker og 5 jordmødre på vakt. Mødre dødeligheten var på 20-30 under innleggelse per år. Sykehuset hadde akuttmottak, blodbank, operasjonsstue og barselpost. Og Tilde var eneste lege på vakt.

Hvem er Tilde Broch Østborg?? Jobb og utdanning? Hva er du opptatt av?

– Jeg studerte medisin ved Universitetet i Bergen, og har turnus-tjeneste og spesialisering fra Stavanger Universitetssykehus. Aktiv med ulike verv i legeföreningen, har skrevet kronikker om bl.a. labiaplastikk, fosterreduksjon, reservasjonsrett og driver med forskning innen fødselsvarighet og intrapartum ultralyd.

Du bestemte deg for å reise ut med «Leger uten grenser».

Hva ledet til den beslutningen? Og hvorfor Pakistan?

– Det er litt usikkert når jeg fikk idéen om å reise ut med Leger uten grenser, men den var veletablert før jeg begynte på medisinstudiet. Pakistan var tredje forslag etter at jeg hadde avslått oppdrag i mer stabile land eller klare krigssoner. Om sannheten skal frem visste jeg lite om konteksten før jeg reiste. Hadde jeg visst at jeg skulle til militarisert sone med stor innflytelse fra Taliban og obligatorisk tildekning hadde jeg kanskje tenkt meg om to ganger før jeg svarte ja.

Vil du fortelle litt om en «vanlig dag på jobb på sykehuset i Pakistan»?

– Hvert år ble nærmere 10.000 kvinner forløst ved avdelingen, det vil si ca. 27 forløsnings per dag. De aller fleste fødte hjemme, vi

Vaginal firlingfødsel



har ikke sikre tall, men færre enn 20% kom inn på sykehus, og da fortrinnsvis med komplikasjoner, flerlinger eller tidligere keiser-snitt. Vi hadde 2-3 dødfødsler per dag, flere placentalløsninger og uterusrupturer per uke og fulminante eklampsier annenhver dag. Daglig drift besto i mottak, klinisk og ultralydmessig vurdering ved mistanke om komplikasjoner, veiledning av jordmødre og pakistanske LIS samt å forløse med sectio på mors indikasjon, alvorlige post partumblødninger, post partum hysterektomier etc.

I Norge har vi en forholdsvis tett oppfølging av gravide, og bruker store ressurser på kontroller. Hvordan var oppfølgingen av svangerskap i Pakistan?

– Det fantes ingen systematisk svangerskapskontroll, om og i hvilken grad kvinnene var fulgt opp var avhengig av sosial status og tilfeldigheter. Mors alder var ukjent, svangerskapslengde ukjent, flerlingsvangerskap og placenta previa var ofte ikke erkjent. Ettersom kvinnene ikke ble fulgt opp kom de først inn når de hadde hatt kramper, blødd ned til ankene eller hadde tverrleie eller liknende.

Hvordan er helsetilstanden til kvinnene, mtp at de har et helsevesen som er mye dårligere utbygd enn i Norge?

– Mange er feilernært, de fleste har kronisk jernmangelanemi, men uoppdaget svangerskapsdiabetes er også hyppig: det største barnet vi forløste mens jeg var der veide 6,1 kilo. Kvinnen var para 12 med vaginale fødsler fra tidligere, men nummer 13 ble altså et keisersnitt, - og sterilisering!

Du sitter selvfølgelig igjen med mange minner og helt sikkert mange historier, både fine og mindre fine. Er det noen av disse du vil dele med oss?

– Det er så mange sterke historier, så det er vanskelig å velge. Men la oss ta en ganske lys og en fryktelig: Jeg fikk inn en kvinne i uke 34 som var gravid med firlinger etter Pergotime. Hun hadde rier, og en cerclage som hadde revet delvis gjennom cervix. Cerclagen ble fjernet, så fødte hun en gutt på 1,6kg i hodeleie, og deretter tre jenter (1,3kg + 2 x 1,1kg) ved uttrekning på fot. Alle barna overlevde til en måneds alder, og takket være aktiv håndtering av 3. stadium ble det heller ingen stor blødning.

Den mørke historien var en gift 12 år gammel jente som kom inn etter et døgn i fødsel med et avdødt foster med stor hydrocephalus. Hun var utslitt, og som alle 12-åringene ville gjort, ropte hun på moren sin. Ustanselig. Gråt og ropte på sin mor. Hun tuslet med sin spede kropp inn på operasjonsstuen, og stikk i strid med kulturen, bøyde en av de mannlige operasjonssykepleierne seg ned, tok henne i armene sine, bar henne bort til operasjonsbordet og holdt henne i hånden til hun sovnet i ketaminrus. Vi gjorde kraniotomi og forløste et ille tilredt barn, men hadde om ikke annet unngått å gi henne et arr i livmoren...

Følte du deg noen gang utrygg?

– Vi bodde i full husarrest. Jeg følte meg sjelden utrygg, men en gang ble vi stående fast på veien p.g.a. en demonstrasjon og etterhvert omringet av militæret som skulle rydde opp. Militæret er et hyppig mål for Taliban, så da var jeg litt engstelig for å havne i kryssild. Men det gikk fint, vi kom oss frem uten problemer.

Hva vil du si er den største forskjelle mellom å jobbe på sykehus i Norge og i fjellene på et sykehus i Pakistan?

– Mye er heldigvis likt: Vi hadde veldig gode, fleksible og kunnskapsrike team som sto på for å gi pasientene best mulig behandling. Den største forskjellen er kanskje kulturell: En tilnærmet komplett kjønnsdeling av hele samfunnet hvor menn og kvinner ikke skal omgås uten svært god grunn.

I Norge er det fokus på å bruke Pitocin rett, både til rett tid og i riktige doser. I Pakistan har vi skjont at det ikke er helt slik. Hvilke erfaringer hadde du med dette?

– Misbruk av clomifen, cytotec og oxytocin er svært utbredt i deler av Pakistan, India og Bangladesh. De to siste brukes for å «bli ferdig» med svangerskapet, og for å få en rask fødsel. Det er en veldig inngrodd praksis som medfører betydelig morbiditet og mortalitet for både mor og barn, i form av uterusrupturer og føtal asfyxi. Den kanskje største innvendingen kvinner hadde mot å føde i vår institusjon var at vi hadde en restriktiv holdning til administrasjon av oxytocin. Enkelte stakk av fra avdelingen, fikk oxytocin utenfor og kom tilbake med stormrier eller ruptur.

Kan du si litt om samarbeid med andre faggrupper? Og hvordan det var å være kvinne i et mannsdominert miljø (egentlig litt tvilsomt å spørre om ut fra et feministisk perspektiv, men la gå. Der er jo litt andre utfordringer enn her hjemme..)

– I fødeavdelingen utgjorde det ikke noe problem, ettersom jeg kun jobbet med kvinnelige jordmødre og pasienter. Operasjons-



Tilde etter vaginal trillingfødsel

avdelingen var drevet i all hovedsak av menn, de var respektfulle og enormt kunnskapsrike. Imidlertid oppsto det et problem en gang jeg tilkalte en mannlig kirurg, ettersom han ikke ville snakke med meg direkte, og all informasjon måtte gå gjennom en mannlig brasiliansk lege.

Det er ingen tvil om at du har opplevd mye utfordrende faglig sett. Det er jo også noen timer til overs i døgnet når dere ikke jobbet. Hva gjorde dere da? Jeg kan også se for meg at man kommer tett på hverandre når man arbeider slik. Har du kontakt med noen av de du arbeidet sammen med? Og hvordan opplevde du det fra et ikke-faglig ståsted å jobbe «ute»? Hva sitter du igjen med på det personlige plan?

– Utenom jobb var vi jo i husarrest, så vi kom tett innpå hverandre. Det var totalt alkoholforbud i prosjektet, så det ble en del idrett, spill og felles matlaging. I all hovedsak var det godt samhold i teamet, men i dette prosjektet hadde vi også muligheten for å trekke oss tilbake på private rom: Noe man definitivt hadde behov for fra tid til annen.

Personlig sitter jeg igjen med nye og veldig konkrete perspektiver på hvor heldig jeg er som er født i Norge, og hvor viktig det er med systematisk svangerskapsomsorg. I tillegg har jeg flere nye venner fra alle verdens kontinenter, - og en rastløshet som nok gjør at jeg vil reise ut igjen med MSF.

Solnedgang over Timergara



St. Olavs Orden til Gro Nylander

Av Rolf Kirschner- pensjonert gynekolog, tidligere leder av NGF og fortsatt aktiv i fagmiljøet

En dag på vinteren 2016 dumpet en formell konvolutt inn i min postkasse; den viste seg å inneholde en invitasjon fra «Nasjonale kompetansesenter for amming» ved Rikshospitalet og «Kvinneklinikken ved OUS», i anledning av at «Det Kongelige Norske Ordenskanselli» hadde besluttet å utnevne Dr. Med. Gro Nylander til «Kommandør av St Olavs Orden».

St. Olavs Orden er den høyeste utmerkelsen som i dag kan tildeles norske sivilister, og rangerer dermed noe høyere enn NGFs Hederspris, som Gro fikk i 2006.

Det har vært mitt privilegium å kjenne denne driftige, og ikke minst, tydelige damen, siden min tid som assistent-og reserlege på KK/Ullevål i de salige 80-årene (åh, hvilken tid det var!).

Hun hadde da allerede «et liv bak seg», med både positive og negative fortegn, nok er det å si at hun siden artium hadde rukket å utdanne seg som fysioterapeut med spesialutdannelse innen obstetrisisk fysioterapi, hadde tatt eksamen filosofikum og fire eksamener i pedagogikk/psykologi, før hun gikk løs på medisin og ble autorisert som lege i 1980.

Som lege har hun hatt et utall roller og er spesialist i medisinsk genetikk fra 1988 og i gynekologi og obstetikk i 1992. Hun tok sin doktorgrad, utgått fra KK, RH og Institutt for medisinsk genetikk, i 1989 med tittel «Mutagenicity testing of human body fluids».

Det vi merket mest på KKU i disse årene var hennes banebrytende arbeid for amming. Hun var lei av å oppleve alle gulpene nyfødte som fikk overdoser av sukkervann for «å få ro på barselavdelingene», og hun tok opp kampen for å få slutt på dette, slik at mødrene heller ammet. Her begynte hun dette som resulterte i «best i verden på amming», ved hjelp av vitenskapelig produksjon, foredrag, avisinnlegg, etter hvert ammefilmer og -videoer, lære/bøker og m.m.m.

Hun lot seg ikke «pille på nesen», og det sier ikke lite, at dette gikk an på KKU med de som da styrte bedriften!

Etter hvert ble det bare «the sky is the limit»- det ble Helsedirektoratet som



Gro Nylander

prosjektleder for MOR-BARN VENNLIG INITIATIV (MBVI), som er et nasjonalt kvalitetssikringsprosjekt for føde/barsel-avdelinger, og så endte det opp med en kombinasjon som 50% som overlege på fødeavdelingen KK/RH og 50% som statlig koordinator for å fremme amming, til det ble avsluttet med opprettelse av, og leder, Nasjonalt ammesenter fra 1999.

Og hele tiden har hun vært «oppegående», tydelig og klar, aldri snakket «over hodet på folk». Hun har møtt motstand, men har tatt slag etter slag uten å nøle. Hennes evne som kommunikator kan en bare beundre, men i tillegg har hun også en stor vitenskapelig produksjon.

Så da var det ikke rart at Ordenskanselliet forsto det også. Gratulerer Gro!

Munntørrethet på placebonivå^{1,2}

EN ANNEN BEHANDLINGSMETODE FOR OVERAKTIV BLÆRE!

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

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

 **Betmiga**™
mirabegron

Referanser: 1. Khullar V, Amarencu 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 VW, 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 deppottablett inneh.: 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 deles eller knuses. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. 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-førlengelse: Ved terapeutiske doser i kliniske studier, har mirabegron ikke gitt klinisk relevant QT-førlengelse. Pasienter med tidligere kjent QT-førlengelse 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 blæreblokasjon (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 titrerer individuelt. For pasienter som skal starte behandling med en kombinasjon av Betmiga og digoksin, bør laveste dose digoksin forskrives i starten. Digoksin-konsentrasjonen 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 prøver å bli gravide. **Amming:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$): Gastrointestinale: Kvalme¹, forstoppelse¹, diaré¹. Hjerter/kar: Takykardi. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Nevrologiske sykdommer: Hodepine¹, svimmelhet¹. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$): Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerter/kar: Palpitasjon, atrieflimrer. Hud: Urticaria, utslett inkl. makuløst og papuløst, pruritus. Infeksjoner: Vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnsorganer/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: Leppesødem. Hud: Leukocytoklastisk vaskulitt, purpura, angioødem¹. Nyre/urinveier: Urinretensjon¹. Øye: Øyelokksødem. Svært sjeldne ($<1/10000$): Hjerter/kar: Hypertensiv krise¹. Ukjent frekvens: Psyiske: Insomni¹.

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. **Monitoring:** 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 BV.

Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 03.2016.

Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma.

Salpingektomi och risk för ovarialcancer

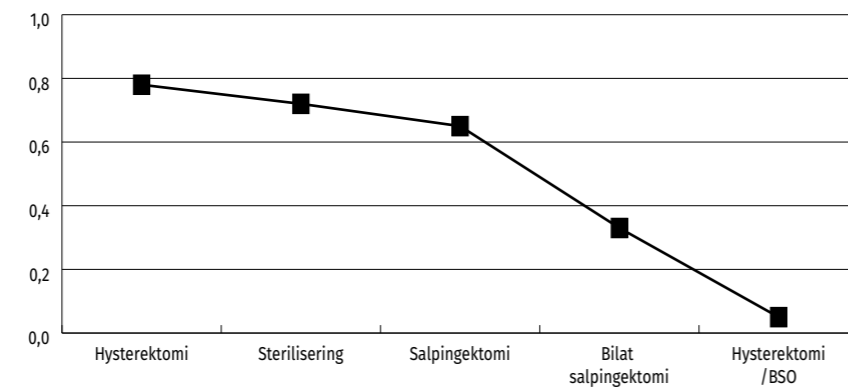
Av Henrik Falconer

I en stor populationsbaserad studie i Sverige prövades hypotesen att salpingektomi utförd på benign indikation minskar risken för ovarialcancer.

Ovarialcancer drabbar årligen cirka 2300 kvinnor i Norden och trots stora behandlingsframsteg de senaste 10 åren ligger 5-årsöverlevnaden på knappt 50 %. Studier av kvinnor med BRCA-mutationer i början av 2000-talet innebar ett paradigmskifte i synen på patogenesen då förekomst av preinvasiva förändringar (Serous Tubal Intraepithelial Carcinoma, STIC) upptäcktes i äggledarna. Detta ledde till den nu rådande uppfattningen att ovarialcancer till största del uppstår utanför ovarierna. Det finns nu relativt mycket data som stödjer hypotesen att den vanligaste formen av ovarialcancer, höggradig serös, uppstår i äggledarna medan de något mer ovanliga histologierna endometrioid och klarcellig sannolikt uppstår i uterus.

I en stor populationsbaserad studie prövades hypotesen att salpingektomi utförd på benign indikation minskar risken för ovarialcancer. Vidare undersöktes också om hysterektomi med eller utan samtidig salpingooforektomi (SOE) samt sterilisering påverkar risken för ovarialcancer. Från Svenska Patientregistret hämtades uppgifter

Hazard ratios (HR) för ovarialcancer efter gynekologisk kirurgi



om samtliga kvinnor som genomgått salpingektomi (uni- eller bilateral), hysterektomi, hysterektomi med SOE eller sterilisering mellan 1973 och 2009. Ingrepp utförda på malign indikation räknades bort från analysen. Som utfall valdes ovarial- och tubarcancer från Cancerregistret. För att minska risken för «detection bias» (d.v.s. att ingreppet i sig upptäcker fler fall) exkluderas cancerdiagnos inom 1 år från ingreppet. Kvinnor som inte genomgått några av ingreppen utgjorde kontrollgrupp.

Under perioden exponerades sammanlagt 251 465 kvinnor för något av ingreppen (varav 34 443 salpingektomi) medan 5 449 119 inte hade blivit opererade. Totalt diagnosticerades 31399 kvinnor med ovarialcancer och genomsnittlig uppföljningstid

varierade mellan 8.0 och 23.1 år. Som förväntat var risken för ovarialcancer lägst i den grupp som genomgått hysterektomi och SOE (RR 0.06, 95% CI 0.03-0.12) medan riskminskningen var lägre efter hysterektomi eller sterilisering (RR 0.79, 95% CI 0.70-0.89 samt RR 0.69, 95% CI 0.62-0.78). Kvinnor som genomgått salpingektomi hade cirka 30 % lägre risk för ovarialcancer jämfört med kontroller (RR 0.67, 95% CI 0.54-0.83). I en sub-analys genomförd åren 1973-1997 fann vi att bilateral salpingektomi medförde en halvering av risken jämfört med unilateralt ingrepp (RR 0.36, 95% CI 0.17-0.75 jämfört med RR 0.73, 95% CI 0.57-0.92). Effekterna av olika gynekologiska ingrepp på risken för ovarialcancer illustreras av figuren över.



Henrik Falconer

Sektionschef Malign Gynekologi, Associate Professor, Head of GYN Oncology

Department of Women's and Children's Health Division of Obstetrics and Gynecology

Karolinska Institutet/University Hospital

« Kvinnor som genomgått salpingektomi hade cirka 30 % lägre risk för ovarialcancer »

Sammanfattningsvis visar studien att kvinnor som genomgått bilateral salpingektomi löper en kraftigt minskad risk för ovarialcancer. Dessa data stärker teorin att sjukdomen främst uppstår i äggledarna. Salpingektomi kan utgöra ett alternativ till BSO som idag är det rådande riskminskande ingreppet för kvinnor med BRCA-mutationer. I ett vidare perspektiv kan studien ligga till grund för att rekommendera salpingektomi vid hysterektomi på benign indikation.

Det finns emellertid en oro för att opportunistisk salpingektomi vid hysterektomi på benign indikation kan leda till komplikationer samt påverkan på «ovarian reserve». Mindre prospektiva studier har dock inte kunnat påvisa några negativa effekter på ovarialfunktion (mätt som tex förändring av FSH och/eller AMH) och man har inte heller sett ökat antal komplikationer eller förlängd operationstid. En brist med studien i JNCI är att effekten av samtidig salpingektomi vid hysterektomi inte kunde analyseras på grund av lågt antal fall. En nyligen genomförd HTA-analys (Health Technology Assessment) från Sahlgrenska Universitetssjukhuset påpekar att det saknas prospektiva studier och inte minst saknas underlag för att bedöma effekterna av opportunistisk salpingektomi vid benign hysterektomi. Av denna anledning startas hösten 2017 en prospektiv randomiserad studie i Sverige där kvinnor som planeras för hysterektomi lottas till salpingektomi eller enbart hysterektomi. Endpoints är komplikationer, operationstid samt effekter på klimakteriebesvär. Studien bedöms pågå i minst 4 år och cirka 4 000 kvinnor behöver randomiseras för att uppnå power.

Så hur ska vi som kliniker göra när en kvinna planeras för hysterektomi? Tillgänglig data talar trots allt för att salpingektomi har en stark skyddseffekt mot ovarialcancer och riskerna med salpingektomi är sannolikt mycket små. En nyligen publicerad studie från USA indikerar också att sterilisering minskar dödligheten i endometrie-cancer; sannolikt på grund av minskad spridning via äggledarna. I väntan på prospektiva data är det rimligt att informera kvinnorna om fördelarna med salpingektomi och erbjuda detta vid planerad hysterektomi.

Antibiotikafritt 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

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 inneholder Dekvaliniumklorid 10 mg, hjelpe-stoffer. **Indikasjoner:** Bakteriell vaginose. Det skal tas hensyn til offisielle retningslinjer om riktig bruk av antibakterielle midler. **Dosering:** 1 vaginaltablett daglig i 6 dager. Behandlingen skal avbrytes under menstruasjon og gjenopptas etterpå. Behandling skal fortsette selv om symptombedring innen 24-72 timer er vanlig. Behandling som varer i <6 dager kan gi tilbakefall. **Administrering:** Til vaginal bruk. Føres langt inn i skjeden ved leggetid om kvelden. Innføring er lettest i en tilbakeleilighet stilling med beina litt Boyd. I sjeldne tilfeller når skjeden er svært tørr, kan vaginaltablett 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: Vaginal 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: Hodepine. Ukjent frekvens: Infeksjoner: Blærekatarr. Kjønnsganer/bryst: Sår og maserasjon i vaginalt epitel, uterusblødning, 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 nedavert 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/Byttingruppe: -/-; Pris (kr): 189,70; R.gr.: C²

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

Gravid(itet) med stomi, hvordan går det da?

Jone Trovik: overlege KK, Haukeland Universitetssjukehus og leder av Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler. Professor Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen
Torill Olsen: stomisykepleier/Cand. san. Fagansvarlig ved Klinisk videreutdanning i stomisykepleie, Høyskolen på Vestlandet, avd. Bergen.

Kvinner i fertil alder med stomi har behov for informasjon i forhold svangerskap og fødsel.

Stomi kan by på utfordringer, men går i de fleste tilfeller bra.

Hovedbudskap:

- Det går som oftest bra! Underliggende sykdom er viktigere enn stomien mhp. svangerskapsutfall og evt. komplikasjoner.
- Graviditeten gir endring av stomien og krever tilpasninger av utstyr.
- Vaginal fødsel er hoved anbefaling, sectio på obstetrisk indikasjon, ved aktiv perineal inflammasjon, og vurderes ved tidligere operasjon i perineum/bekken med bevart (marginal) sfinkterfunksjon.

Dette var tema for forelesning ved årsmøtet for sykepleiere i stomiomsorg mars-17. I mangel av randomiserte kliniske studier eller store kohortstudier har vi benyttet vår samlet kliniske erfaring supplert av tilgjengelig aktuell litteratur. Pasienter med stomi i ung voksen alder har behov for informasjon mhp svangerskap/fødsel som for dem gir noen spesielle utfordringer. For å bedre kunnskap hos gynekologer som skal rådgi og følge opp disse pasientene har vi sammenfattet foredraget til dette innlegget.

Hvem kan ha stomi i fertil alder? Kvinner med medfødte tilstander som analatresi, meningomyelocele, analatresi, urinveismisdannelser, ryggmargsskade eller rectum-

amputerte pga. cancer. Stomi benyttes noen ganger ved behandling av komplikasjoner til bekkenkirurgi/fødsel. Den største pasientgruppen er kvinner med inflammatorisk tarmsykdom (IBD; Morbus Crohn/Ulcerøs colitt). IBD debuterer vanligst fra 15-40 års alder, årlig diagnostiseres 20/100 000 og ca 400/100 000 kvinner i Norge lever med denne sykdommen.

Hva slags stomi er aktuelle?

Urostomier; pyelostomi, kateteriserbart reservoar eller ortotopisk neoblære (reservoar koplet på urethra) er relativt sjeldent hos denne gruppen, unge pasienter, påvirkes generelt lite av graviditeten utover evt. mekaniske ved bukvegg som strekkes utover og må først og fremst taes hensyn til hvis sectio blir nødvendig. Ileal conduit (ureteres implantert i tynntarmssegment som så munner i bukveggen) er også sjeldent.

Colostomi: deler av colon er fortsatt i behold, disse kan oppleve endringer mhp tregere tarmmotilitet/obstipasjonstendens som gravide generelt. Endestomi er det vanligste (rektum/sigmoideum er fjernet)

med resulterende arrvev i bekkenet. Ved slyngestomi (loop enterostomy) er rektum/anus i behold. Dersom plan er å reversere stomi må vaginal fødsel gjennomføres med ekstra fokus på å unngå sfinkterskader.

Ileostomi: colon er fjernet og ileum munner enten som «vanlig» stomi med pose eller som Kochs reservoar (kontinent ileostomi). Disse kvinner har større væske/elektrolyttap enn dem med colon i behold og vil være mer sårbare for tilstander med kvalme/oppkast. Ved Hyperemesis gravidarum hos denne pasientgruppen kan det fortære bli nødvendig med innleggelse for væske-/ernæringsbehandling.

Ileoanal anastomose: det er laget et kontinent bekkenreservoar som munner i analkanalen med en forhåpentligvis intakt analsfinkter. Disse har hatt stomi underveis, da colon ble fjernet og bekkenreservoar konstruert for så å få reversert stomi når ileum ble koplet på reservoar. Det er særdeles viktig å bevare den (gjern marginal) sfinkterfunksjon som disse kvinner har. Forløsningsmåte må diskuteres mhp å unngå fødselsrifter i et bekken preget av tidligere inngrep. Skades sfinkter kan det medføre at bekkenreservoar må fjernes og hun må få permanent stomi.

Stomi og fruktbarhet: Stomi i seg forhindrer ikke svangerskap men kirurgi i bekkenet gir risiko for adheranser og derav mulig redusert fertilitet. Ved IBD er det sett tilnærmet lik graviditetsrate etter diagnosen er stilt som hos aldersjustert befolkning. Hvis sykdommen nødvendig-gjør operative inngrep økes gjennomsnittlig tid til graviditet og færre graviditeter oppnås. Ved ileostomi og rask passasjetid vil medikamenter (inkludert p-piller!) ha uforutsigbar og gjerne redusert absorpsjon/effekt. For disse kvinnene vil annen administrasjonsform som p-ring/p-plaster/p-stav/spiral være å foretrekke ved behov for prevensjon.

Hva skjer med en stomi i svangerskap:

Diameter blir gjerne større (mekanisk strekk pga distendert bukvegg). Selve stomahøyden (lengden på tarm som buker over hudnivå) kan også øke. Stomaåpning kan alternativt retraheres under hudnivå. Alt dette gjør at stomiutstyr som tidligere har fungert godt nå ikke passer, det blir lettere lekkasje og hun trenger å få tilpasset plate/pose etterhvert i svangerskapet. Kyndig stomisykepleier vil kunne gi god hjelp underveis!

Spesielt ved lavsittende stomi (under navlenivå) vil det bli vanskelig for kvinnen å se stomiområdet i siste halvdel av svangerskapet. Å bytte pose/plate blir vanskelig og hun trenger gjerne ny instruksjon og må bruke speil.

Etter svangerskap returnerer stomi oftest mot pregravid størrelse men blir ikke nødvendigvis helt slik den var før. Hud på bukvegg kan forbli romsligere samt stria kan endre festeplaten for platen slik at justering av opprinnelig utstyr kan bli nødvendig.

Mekaniske komplikasjoner /økt buktrykk kan føre til prolaps av stomi, økning av parastomalt hernie og subileusataker. Det er likevel liten risiko for å trenge kirurgisk behandling av slike komplikasjoner i svangerskap. Ved manifest ileus blir operasjon nødvendig, og som ved andre inngrep i svangerskap anbefales rihemmende medikamenter og obstetrisk overvåkning.

Stomi uten annen underliggende sykdom gir liten risiko for spesifikke svangerskapskomplikasjoner (vekstretardasjon/preterm fødsel).

Spesielt for svangerskap og IBD: Det anbefales å ha best mulig sykdomskontroll før planlagt svangerskap. Ved Morbus Crohn i remisjon er det 30% risiko for sykdomsoppbluss i graviditet, likt som hos ikke-gravide. Ved aktiv sykdom ved start av svangerskap er det derimot 70% risiko for kontinuerlig/forværret sykdomsaktivitet.

Ulcerøs colitt synes generelt å medføre liten risiko for føtale komplikasjoner. Mb. Crohn har derimot økt risiko for preterm fødsel eller for liten fostervekst (SGA) med Odds ratio på 1,4 dersom kvinnen måtte hospitalisering pga sykdomsaktivitet i svangerskap og OR 3,4 dersom Mb. Crohn debuterte i svangerskap.

Medikamenter som kan benyttes i svangerskap er sulfazalazine (Pentasa®), prednison (ikke i første trimester og lavest mulig dose/kort kur). Azathioprin (Imurel®)

anbefales kontinuert men gir en liten økt risiko for preterm fødsel. Cyclosporin kan benyttes hos steroidrefrakteære pasienter. Det er foreløpig begrenset erfaring med TNF- α -hemmere (som Remicade® og Humira®) brukt i svangerskap, men disse kan evt. benyttes som monoterapi der annen behandling ikke har vært tilstrekkelig. Metotrexat er absolutt kontraindisert og skal seponeres 6 måneder før planlagt graviditet.

Medikamenter mot diarre: det anbefales helst romoppfyllende agens som Metamucil® men loperamid (Imodium®) kan benyttes etter 1. trimester.

Fødsel med stomi: Vaginal forløsning anbefales for de fleste med permanent stomi, sectio utføres på vanlig obstetrisk indikasjon. Ved aktiv inflammasjon i perineum (fistulerende IBD) eller tidligere operative inngrep i perineum anbefales sectio. Hos kvinner med ileoanal anastomose eller bekkeningrep med marginal fungerende sfinkter vil sfinkterskade gi dem risiko for analinkontinens og overgang til permanent stomi. Hos kvinner som ikke allerede tid-

ligere har gjennomført en normal vaginal fødsel bør sectio sterkt overveies.

Stomi ved fødselskomplikasjon: Dette er heldigvis sjeldent i Norge. Obstetrisk fistel forekommer hos 16/100 000 fødslere. Hvis skaden oppdages innen ett/få døgn kan den repareres direkte med vaginal fistelplastikk. Hvis skaden erkjennes senere bør operasjon avventes til etter 4 uker. Hvis stomi anlegges i påvente av fistelplastikk kan fistel tilhele uten ny perineal/vaginal-prosedyre. Ved evt. bøylestomi bør det sikres at begge nippler er godt fremme over hudnivå for å unngå overløp ned i fraførende slyngje.

Ved mistenkt fødselsfistel: kontakt Nasjonal Behandlingstjeneste for Gynekologiske Fistler, KK Haukeland Universitetssjukehus for råd om praktisk håndtering for videre henvisning for behandling der.

For videre lesning anbefales UpToDate; Fertility, pregnancy, and nursing in inflammatory bowel disease.

En skatt utenpå og to skatter inni

Jeg heter Linn Andersen, jeg er 37 år. Jeg bor på Råholt i Eidsvoll sammen med samboeren min, Joachim, og våre jenter på 20 mnd. Jeg er så heldig at jeg fikk bli mamma til tvillingjentene Anna og Evelyn i juli 2015.

Jeg fikk behandling for ALL som 4 åring og bivirkninger førte til at jeg har vært inkontinent for avføring siden da. Som 32 åring ba jeg om pose på magen, fordi jeg ønsket et liv verdt å leve. Og posen på magen er min stolthet! Jeg har lyst å rope det ut til hele verden at jeg fikk et liv det var verdt å leve, et liv med livskvalitet, verdighet, frihet og stolthet. Jeg ble dronninga ved roret på egen skute hvis du skjønner. Jeg bruker å si «at jeg hadde en rumpe som ikke virka».

Samtidig som jeg satte meg inn i hvilken risiko det var å bære på to babyer, ville jeg sette meg inn i hva det ville si å være gravid og ha pose på magen. Jeg fryktet og forberedte meg på brokk, forstørret stomi, lav stomi, lekkasjer og forstoppelser. Men så gikk det så fint, alt sammen! Hverken stomien, tidligere operasjoner eller alder gav meg utfordringer.

Jeg bestilte tidlig time hos stomisykepleier, men forstod etter den timen at det ikke var behov for noe mer oppfølging og at jeg klarte dette fint på egenhånd. Jeg tenkte tidlig at den raskt voksende magen ville motarbeide en konveks plate og jeg byttet til en vanlig. For å unngå lekkasje skiftet jeg heller litt oftere og fortsatte å bruke elastisk tape. Stomien ble hverken stor, bred eller lav. Ikke ble jeg forstoppet heller.

Magen vokste og posen satt på og understreket det hele med et stort utropstegn. En skatt utenpå og to skatter inni. Linniposeogsekk.blogg.no



Reprodusert med tillatelse fra bagladymama.com

P-pillen, 50 år i Norge

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



I år er det 50 år siden at p-pille kom til Norge, og det kan være på sin plass med en liten gjennomgang av den utvikling og debatt som har vært omkring dette viktige prevensjonsmidlet.

P-pillens viktigste prevensjonseffekt er gestagenet. På 1950-tallet utviklet biokjemikeren Carl Djerassi gestagenet noretisteron (NET) fra diosgenin som ble ekstrahert fra mexikansk yams. Det ble det første orale gestagenet. Gregory Pincus, biolog med spesiell interesse for steroider, utførte forsøk angående pattedyrs fertilitet, og han viste at progesteron kunne hindre ovulasjon. Etter et møte med kvinneaktivisten Margaret Sanger, grunnlegger av Planned Parenthood Federation of America, ble Pincus overtalt til å fortsette forskningen med ovulasjonshemming på kvinner. Forskningen fikk økonomisk støtte av en rik kvinnesakskvinne, Katharine McCormick. Gynekologen John Rock var ansvarlig for klinisk utprøving på fattige kvinner i Puerto Rico, Haiti og Mexico. Disse forsøkene ble neppe gjennomført etter nåtidens etiske krav, men kvinnene var desperate etter sikker prevensjon og var ivrige for å delta i utprøvingen.

Godkjennelse

I 1957 godkjente FDA (Food and Drug Administration) pillen for regulering av menstruasjonforstyrrelser, og i 1960 ble den godkjent som prevensjon. Det er P-pille. Godkjennelse av p-pillen var et vendepunkt, dels fordi man for første gang hadde et prevensjonsmiddel som var nær 100% sikkert, dels fordi man hadde utviklet et legemiddel til bruk for friske kvinner. Hittil hadde medisin vært for syke folk.

'Normal syklus'

P-pillen ble laget som en kombinasjon av gestagen, i starten NET, og ethinyløstradiol (EE) som i 1938 var syntetisert av Schering i Tyskland. Med kombinasjonen av de to hormonene kunne man dels oppnå synergistisk effekt med lavere hormondoser

for ovulasjonshemming, og dels få bedre blødningskontroll. John Rock foreslo en pillefri uke som ville skape en 'naturlig' syklus med regelmessige menstruasjoner. Som troende katolikk håpet han at paven kunne akseptere metoden, men som kjent ble ønskedrømmen ikke oppfylt. I årene hvor pillen kun var godkjent for blødningsforstyrrelser, var det påheftet en advarsel om at den som bivirkning kunne hindre eggøsning!

P-pillen vinner frem

I USA i 1960 ble pillen godkjent i form av Enovid med innhold av 9.85 mg NE og 150 mikrogram Mestranol (svarer til 100 mikrogram EE). I 1961 kom den tyske Anovlar med 4 mg NET og 50 mikrogram EE, men kun for blødningsforstyrrelser og for gifte kvinner. Etter hvert ble p-pillen godkjent for prevensjon i land etter land; i Norge i 1967, men i Japan først i 1999.

Bivirkninger

Med millioner av brukere verden over måtte man forvente bivirkninger, og det ble snart rapportert om økt forekomst av trombose. Tidlig på 1960-tallet var det kasuistiske meddelelser om økt trombose-risiko med p-pille, men etter hvert ble funnet verifisert i case-control studier, og det ble vist at lavere østrogendose ga mindre risikøkning. Lavdoserte p-piller med mindre enn 50 mikrogram, med 15-35 mikrogram EE ble lansert. Tidlig på 80-tallet ble rapportert økt risiko for brystkreft, spesielt med p-piller med potente gestagener. Det førte til marked for tre-fase piller med trinvis øking av gestagen gjennom syklus og totalt lavere gestageninnhold. Fra midten av 80-tallet kom de antiandrogene pillene, først Marvelon med desogestrel som ble introdusert som den 'bivirkningsfri p-pille'

inntil det etter ca. 10 år på markedet ble vist at den hadde høyere trombose-risiko enn eldre p-piller. Omkring milleniumskiftet ble p-piller med gestagenet drospirenon (Yasmin-familien) markedsført og de ble fort populære fordi de både var antiandrogene og førte til litt vektreduksjon pga drospirenonns vanddrivende effekt. Mange skiftet i disse årene fra de gamle tre-fase piller med levonorgestrel til de nye med drospirenon. Det forløp ikke ustraffet. Flere forskningsgrupper, spesielt i Danmark, viste i epidemiologiske studier at nyere piller –såkalt 3. og 4.generasjon- med gestagenene desogestrel og drospirenon hadde dobbel så høy blodpropprisiko som 2.generasjonspillene med levonorgestrel. Det medførte mange års intense og til dels heftige debatter mellom legemiddelindustrien og epidemiologiske forskere om kausalitet. Konklusjonen ble at trombose-risikoen er lavere ved 2.generasjonspillene med levonorgestrel enn 3. og 4.generasjon samt p-plaster og p-ring. Helsemyndighetene anbefalte 2.generasjonspiller som første valg. Omkring 2010 kom p-piller med det naturlige østradiol på markedet. Tiden vil vise om de har fordeler.

P-pillen i Norge

Enovid var også første p-pille i Norge, men den ble etter hvert erstattet av p-piller med levonorgestrel. Introduksjon av p-pillen i Norge ble nok preget av at det på 60-70 tallet var to store rettssaker angående trombose og hjerteinfarkt (produsentene ble frikjent). I ca 20 år var trefasepillene med levonorgestrel de mest populære pillene i Norge, også fordi pillene var så billige, at de helt ble refundert ved tilskuddsordningen til unge mellom 16 år og 20 år som ble innført i 2002 og med forskrivningsrett for jordmødre og helsesøstre. Etter introduksjon av 4.generasjonspillene med drospirenon (Yasmin-gruppen) ble trefasepillene i 2006

« I årene hvor pillen kun var godkjent for blødningsforstyrrelser, var det påheftet en advarsel om at den som bivirkning kunne hindre eggøsning! »

fjernet fra det norske markedet og ca 70 000 brukere måtte bytte merke, ofte til p-pille som var dyrere og som hadde høyere trombose-risiko. Helsesøstre som forskrev prevensjon til unge var tilsynelatende ikke klar over at det fortsatt på markedet var en billig pille med levonorgestrel og som tilmed var monofasisk med mulighet for brukeren selv å kunne bestemme når de ønsket menstruasjon, evt. helt å kutte ut menstruasjonen. Dessverre er det fortsatt en allmenn oppfatning at p-pille-brukere må ha minst 3-4 menstruasjoner per år, i motsetning til ved bruk av gestagenspiral hvor amenore ses som en gevinst. I forhold til andre nordiske land, har Norge færre typer av p-piller og færre synonympreparater.

Det burde gjøre det enklere for både helsepersonell og brukeren å ha full oversikt over de ulike p-piller, med fordeler og ulemper.

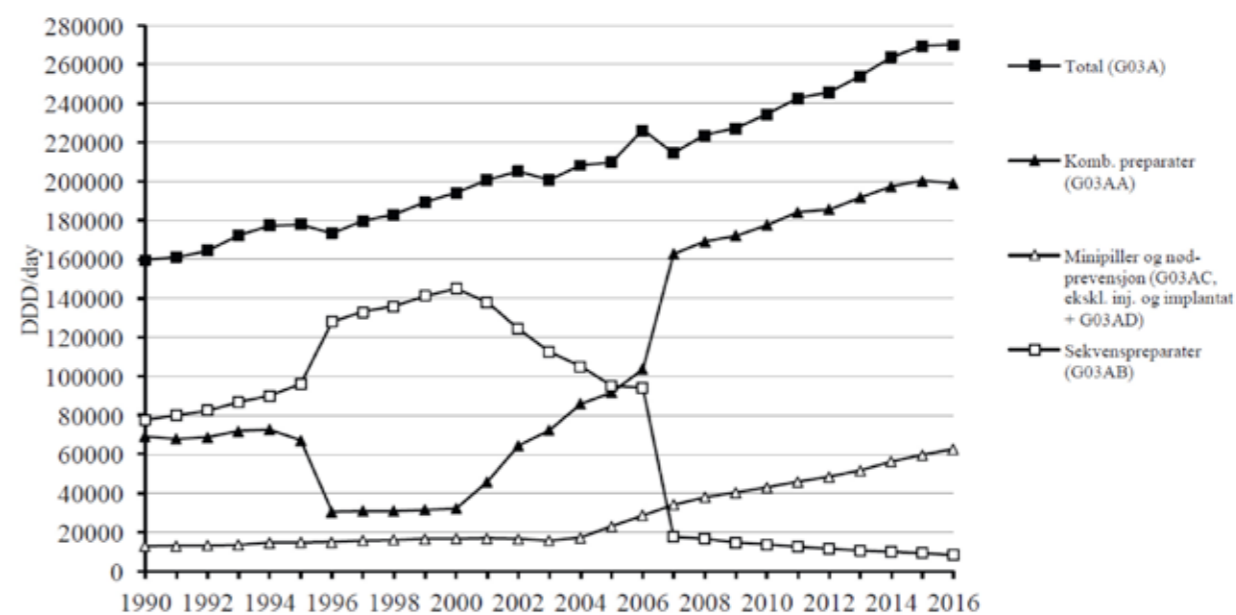
Fremtiden

Mer enn 250. 000 norske kvinner bruker i dag p-pille. Hva kan vi vente innen utvikling i hormonell prevensjon? Det er ikke lett å spå om. Nye gestagener? Enda lavere østrogendose? P-sprøyte med kombinasjon av gestagen og østrogen? P-pille for menn har i årtier vært under utvikling, men er tilsynelatende gått i stå. Gestagener kan hemme spermiogenesisen, men hemmer også testosteronproduksjon, så testosteron må tilføres. Er det virkelig så vanskelig å få til? Tiden vil vise.



Gregory Pincus, p-pillens far

Salg av P-piller, prevensjonsplaster og nødprevensjon (G03A) 1990 - 2016
Sales of oral and transdermal hormonal contraceptives (G03A) 1990 - 2016



Ledige lokaler
– oppstart 1. kvartal 2018



Fasiliteter

- Lyse og nyoppussede lokaler (2017)
- Kan tilpasses leietakers behov
- Felles venterom for pasienter
- Bemannet kantine for ansatte
- Showroom (mulighet)
- Trimrom / fysio-rom i lokalene (mulighet)
- Vitus Apotek og Lifestyle Gym (50 m)

Adkomst

- Lett og direkte adkomst fra E-18
- Bil: Lysaker 2 min / Skøyen 5 min
- Stor parkeringsplass på tomten
- Busstopp direkte utenfor hovedinn- gang (Inntil 40 avganger i timen)
- T-bane stopp på Fornebuporten (2025)

FORNEBUPORTEN HELSEBYGG

I 3. etasje på Bilia-bygget (Widerøeveien 5) vurderes etablering av «Fornebuporten Helsebygg» på ca. 1 000 kvm. Vi søker nå etter aktører som ønsker å etablere seg på Fornebu.

«Fornebuporten Helsebygg» skal tilby et bredt spekter av tjenester. Vi søker derfor store og små helseaktører innenfor følgende områder: Fra 1 person (30 kvm) til 10-15 personer (300 kvm)

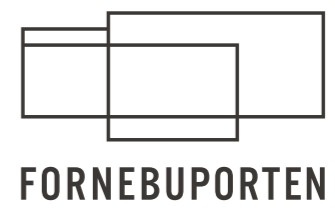
- Spesialistpraktiserende leger (alle fagområder, avtalespesialister og private)
- Fastlegekontor
- Bedriftshelsetjeneste
- Tannlege / Tannhelse
- Fysioterapi / Kiropraktorer mv

Fornebuporten er sentralt lokalisert ved innfarten til Fornebu. På området har Aker-konsernet etablert sitt hovedkontor med i overkant av 2 000 arbeidsplasser. I tillegg finner man her dagligvare, apotek, spesialistlegesenter (Moloklinikken), treningssenter, restaurant & bar, samt 450 boliger under oppføring (300 ferdigstilt). Fornebuporten er fortsatt under utvikling med ambisiøse planer om ytterligere oppføring av kontor, handel og boliger i fremtiden.



Vil du ta del i satsningen på Fornebu?

Kontakt Stian Myhre for en uforpliktende samtale og befarng **916 300 20** // stian.myhre@akerasa.com



FORNEBUPORTEN



Kjære FUGO-medlemmer!

Av Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder



2017 er godt i gang og som nevnt før har fokus for FUGO i år vært den nye spesialistutdanningen. Jeg har skrevet om det før og kan bare gjenta at det blir svært spennende å se hvor dette bærer. Den nye strukturen vil endre hverdagen for fremtidige LiSer betraktelig – jeg krysser alle fingre for at det blir til det bedre. Det som uansett er gledelig, er at det har vært så mye engasjement rundt saken i alle ledd i foreningen vår.

Alt fra helt nye LiSer til avdelingsoverleger til veteraner har engasjert seg, og uansett hva som blir utfallet når helsedirektoratet kommer med sine anbefalinger, er dette vårt momentum til å gjøre utdanningen vår på de enkelte utdanningsstedene bedre. Vi i FUGO-styret lover å følge tett opp videre og være på ballen når man planlegger oppstart av ny ordning. Det kommer til å kreve samarbeid med alle dere der ute! Jeg har skrevet en artikkel i denne utgaven av Gynekologen om prosessen og det vi så langt vet om hva som kommer til å bli endringer i den nye utdanningsstrukturen. Jeg oppfordrer alle til å lese den for å få en større forståelse og kunne engasjere seg når implementering nærmer seg mer. Kom gjerne med spørsmål eller råd til oss i styret hvis det er noe dere synes er viktig at kommer frem.

Det sedvanlige FUGO-arbeidet går selvfølgelig også sin gang. ENTOG-utvekslingen i år foregår i Slovenia, og når dere mottar dette bladet er nok årets deltakere Hilde Sellevoll og Karoline Sunnarvik-Ween på plass igjen i Norge med nye erfaringer å bringe med seg inn i den norske hverdagen. Neste års utveksling er i deilige Frankrike og jeg kan ikke skjønne annet enn at det må lokke norske LiSer til å spise pennen og forberede gode søknader. Søknadsfrist er som alltid 31 januar, så dere har god tid ☺

«**Årsmøtet - det er faglig spennende og sosialt er det et høydepunkt**»

Kursansvarlig Anders har gjort en stor jobb med å få i stand det som ligger an til å bli et utrolig spennende kurs før årsmøtet i Stavanger i oktober. Dette året blir tema «Myomer», og vi får blant annet høre om billeddiagnostikk med ultralyd, inkludert 3D, differensialdiagnostikk opp mot sarkom og myomers konsekvens for svangerskap og for fertilitet. Selvfølgelig blir også en stor del viet behandlingsformer og hvilke faktorer som teller mest når man velger en behandlingsform fremfor en annen. Det er sjelden man får sjansen til å fordype seg i et tema på denne måten, og vi håper og tror det vil fenge. Dere melder dere på via Legeforeningens kurssider. Husk at man også får dekket reiseutgifter til og fra årsmøtet ved å være med på kurs – en utgift som er vanskelig å få dekket ellers. En av årsakene til at FUGO startet med å arrangere disse kursene var nettopp å øke LiS-deltakelsen på årsmøtet, og vi håper at LiS benytter seg av denne anledningen, og at avdelingene legger til rette for at LiS kan delta på årsmøtet. Det er faglig spennende og sosialt er det et høydepunkt.

Men høsten er heldigvis fortsatt langt unna. Nå nærmer sommeren seg – en hektisk tid for alle oss LiSer som jobber og svetter på fødeavdelingene. Jeg håper dere også får gode ferieuiker hvor batteriene kan lades. Det trenger vi når høsten setter inn igjen. Og hvis dere har batterier som er ladet litt ekstra godt og har overskudd, så ta gjerne kontakt med en av oss i styret via Facebook eller mail og forhør dere litt om styrearbeid og mulighet for verv i FUGO. Flere av årets styremedlemmer har sittet tiden ut og vi trenger nye krefter. Det er et veldig spennende arbeid, og ikke minst får man sjansen til å bli kjent med engasjerte gynekologspirer og ferdige gynekologer i hele Norge. Å være med i FUGO beriker min LiS-tid veldig og gir helt andre perspektiver i hverdagen. Det kan ikke annet enn varmt anbefales. Med det ønskes dere alle en riktig god sommer!

FUGO forkurs 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-ultralyd brukes i diagnostikken, og hvilke pasienter bør tilbys embolisering? Det vil også bli en videosesjon med kommentarer fra erfarne laparoskopører.

Husk! Påmelding på Legeforeningens kurssider. 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

Ny spesialiseringsstruktur

– en etterlengtet forløsning eller en forbannelse?

Av Thea Falkenberg Mikkelsen, FUGO leder

En subjektiv oppsummering av prosessen og håp for veien videre. Med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet i spissen, er arbeidet med å endre spesialiseringsstruktur for alle spesialiteter i full gang, og har vært det lenge. Vi i fagmiljøet er heldigvis også involvert og jobber iherdig med å bli hørt. Mye vet vi ikke enda, men her oppsummerer jeg prosessen som pågår og det vi så langt vet om hva som kommer.

Å være LiS i Norge i dag er en privilegert situasjon. I europeisk sammenheng har vi gode arbeidsvilkår, god opplæring og god støtte i våre overordnede. Vi jobber selvstendig når vi vil og kan, og får hjelp når vi vil og trenger det. Vi har gode arbeidsvilkår, både hva gjelder lønn og arbeidstider, selv om opprettelse av faste stillinger og vikariater som ikke blir fornyet har skapt økende uro den siste tiden – i hvert fall i hovedstadsområdet. Men det tilhører en annen historie. Når vi først har en jobb som vi føler oss rimelig trygge i, er det godt å være LiS i Norge.

Det vi mangler etter min mening, er struktur. Vi kunne løftet utdanningen uendelig mange hakk, hvis det bare forelå en plan for utdanningen vår. Og nå er det noe på gang. Fra mars 2019, smeller det. Turnuslegene (dvs. det som heretter kalles Del 1-legene), starter allerede nå i høst, og når de er ferdige vinteren 2019, må alle fagområder stå klare med del 2- eller del 3-løp som utdanningskandidatene kan fortsette i.

Mer om del 1, 2 og 3 senere – det hele er ikke så komplisert. Først vil jeg si litt om prosessen som ledet fram til det som blir fremtidens struktur.

Proessen i helsedirektoratet

Omstruktureringen av spesialiseringen har vært en langvarig prosess som startet i 2011 med et oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet (HOD) til Helsedirektoratet (Hdir) om å gjøre en vurdering av behovet for omstrukturering av spesialiseringen av leger. Det resulterte i en «status-, trend- og behovsanalyse» i 2012 som beskrev behovet for spesialisert kompetanse i spesialisthelsetjenesten fram mot 2030. Basert på rapporten i 2012, forelå det i 2014 en rapport som ble kalt «Fremtidens legespesialister – en

gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og –innhold.» I denne rapporten tok man blant annet for seg Legeforeningens rolle, og beskrev et ønske fra myndighetenes side om å overta mange av Legeforeningens oppgaver, en prosess som gradvis har foregått siden 60-tallet, skutt fart de siste ti-årene og som vi nå vet er blitt en realitet.

Rapporten omhandlet også selve strukturen og innholdet av utdanningen, og var mye mer visjonær enn det som har vist seg å bli den endelige planen: I rapporten fra 2014, tegnet man et bilde av 2 ulike modeller kalt «Forskningsmodellen» og «Nasjonalt senter-modellen». I **Forskningsmodellen** ble hovedansvaret for spesialistutdanningen lagt til universitetene som blant annet skulle ha ansvar for all teoretisk undervisning (kurs og lignende), evaluering av teoretisk kunnskap, gjennomføre veiledningskurs, og ha ansvar for å sikre god pedagogikk ved ulike simulatorsentre og ferdighetslaboratorier. I **Nasjonalt senter-modellen** foreslo man at tilsvarende oppgaver skulle utføres av ressursmiljøer i helseforetakene, med et koordinerende «nasjonalt senter for spesialistutdanning av leger» som overordnet nasjonal bestillerenhet for obligatoriske læringsaktiviteter.

Man pekte også på at en **tredje mulig løsning** kunne være å gi de regionale helseforetakene (RHFFene) ansvar for å koordinere og utvikle utdanningsvirksomheten i sin region. Imidlertid mente man at det ville medføre en rekke svakheter, blant annet at ressursbruken til administrasjon ville fire-dobles og at det ville tilkomme økte kostnader forbundet med at identiske tilbud ville bygges opp flere steder i landet. I tillegg påpeker Hdir i rapporten at en regionalisering av oppgavene ville kunne føre til «*uheldige ulikheter i innhold og kvalitet på utdanningen.*»

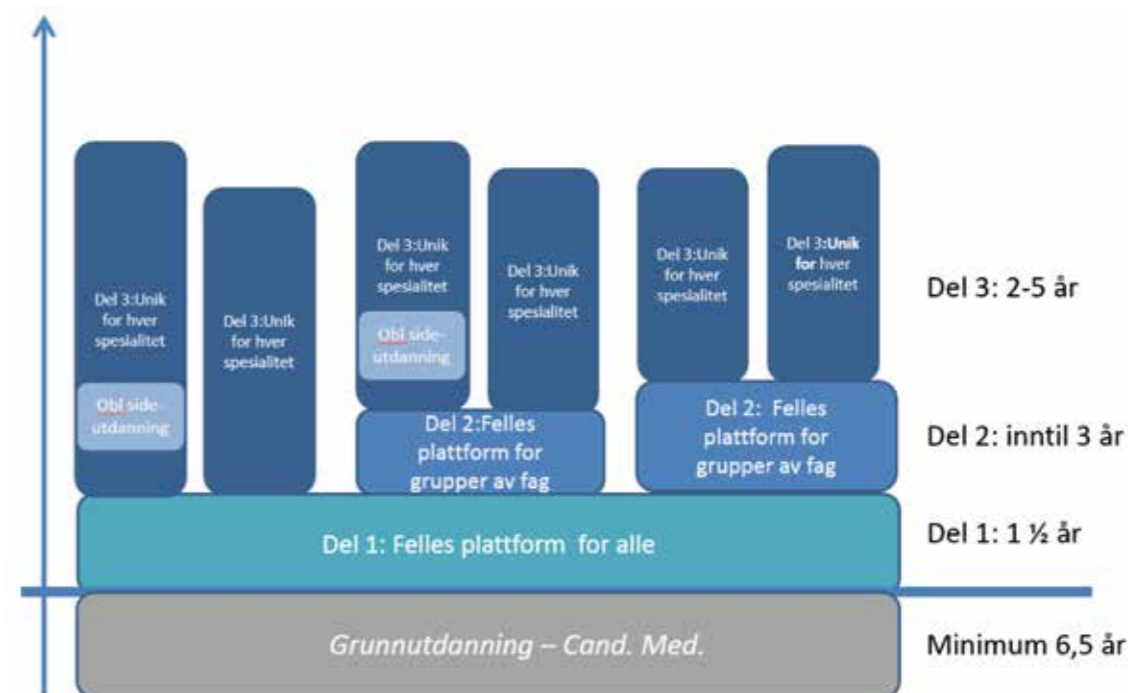
Hdir anbefaler derfor i 2014 at man gjennomfører Forskningsmodellen, alternativt Nasjonalt senter-modellen dersom Forskningsmodellen anses for kostnads-krevende. Den tenkte tredje modellen (regionsmodellen) ville ha for mange uheldige konsekvenser og er ikke en gang med i vurderingen av aktuelle modeller i konsekvensutredningen som kom samme år.

Imidlertid svant ambisjonene hen når man innså at det ikke ville følge penger med den nye reformen. Alt som skal skje, skal skje innenfor allerede eksisterende rammebetingelser og til tross for klart uttrykte svakheter, er det nå en variant av modell 3 vi ser utforme seg, dvs. en regionalisering av utdanningen.

Beskrivelse av ny struktur

Alle utdanningskandidater må gjennom en del 1 som tilsvarer dagens turnusordning, for så å gå over i en felles plattform (del 2) eller direkte til en del som er unik for den enkelte spesialitet (del 3). Eksempelvis vil generellkirurgene ha en felles del 2 for gastrokirurger, urologer, karkirurger osv., mens del 3 vil for dem være den videre subspecialiseringen, det vi i dag kaller B-grendelen av utdanningen. For eksempel ortopedene derimot vil gå direkte fra del 1 til del 3, og ikke ha felles plattform med noen andre.

Den gynekologiske spesialiteten vil havne i søyle nummer 1 eller 2 i figuren over. En ung medisinstudent som ønsker å bli gynekolog, vil altså måtte gjennomføre del 1 og deretter hoppe direkte videre til del 3. Hele utdanningen skal ta 5 år, etter del 1, dvs. en avkortning med 6 måneder sammenlignet med i dag. Vi vil, som i dag, ikke ha felles plattform med andre faggrupper. Om vi kommer til å havne i kolonne 1 med obligatorisk sideutdanning i form av



kirurgisk (halv)år eller i kolonne 2 uten sideutdanning er uklart. Hdir ønsker på generell basis at sideutdanning forsvinner – de har ikke konkret tatt stilling til sideutdanning for LiS i gynekologi/obstetikk. Det er ulike meninger i miljøet, men NGF, med støtte av blant annet FUGO og spesialitetskomiteén, har landet på å anbefale sideutdanning. Så får vi se hva som blir enden på visa.

Regionale utdanningssentre (RegUt)

De regionale utdanningssentrene er svært sentrale i den praktiske gjennomføringen av ny spesialistutdanning. Det er 4 av dem, 1 i hver helseregion og de finansieres av HFene. RegUtene kommer til å overta svært mange av oppgavene Legeforeningen har i dag. Det er ikke planlagt ett sentralt, nasjonalt senter (slik det ble foreslått i «nasjonalt senter-modellen»). Nasjonal koordinering skal utføres av de ulike RegUtene på skift. Helsedirektoratet vil ha ansvaret for læringsmål og dermed ansvar for det overordnede innholdet i utdanningen. Per i dag er RegUtene svært små (eksempelvis 1,5 årsverk i Helse Vest) og urovekkende mye av hvordan den nye spesialistutdanningen skal implementeres og hvilken konkret form den skal ta, er veldig uklart. I denne fasen jobber RegUtene hovedsakelig med å finne sin form, rådgi HFene og sykehusene i utforming av utdanningsplaner for del 1 samt med veilederutdanning og IKT. På sikt skal RegUtene ha ansvar for all teoretisk læringsaktivitet, dvs. for eksempel simulatortrening (som man håper det skal bli mer av, men som det foreløpig ikke er satt av penger til) og kurs. Fra mars 2019 overtar RegUtene kursporteføljen fra Legeforeningen. Hdir ønsker at alt som

i dag er obligatoriske kurs, ikke lenger skal være obligatorisk. Igjen er det svært uklart nøyaktig hvordan de ser for seg at læring skal foregå. Sannsynligvis kommer det til å bli en økende andel e-læring. Et samlet fagmiljø krever at obligatoriske, nasjonale kurs må bestå som ledd i å sikre en enhetlig utdanning på tvers av regionene.

Utover dette skal RegUtene koordinere utdanningsløp for de enkelte LiS, få på plass overgangsordninger og avtaler mellom ulike utdanningsinstitusjoner for å strømlinjeforme utdanningen nå når gruppeføringen forsvinner (se flere detaljer under avsnittet kalt «Gruppeføring»). Sist, men ikke minst skal RegUtene ha ansvar for tilsyn med utdanningsinstitusjonene. Per mars 2017 forelå ingen plan for hvordan de skal ivareta dette ansvaret. RegUtene er dessuten finansiert av dem de skal holde tilsyn med (HFene) hvilket utgjør en gedigen interessekonflikt. Muntlig er det gitt signaler om at SERUS skal bestå og at spesialitetskomiteéene skal gjøre tilsyn parallelt med RegUtens arbeid, slik de gjør det i dag. I *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger* som ble kunngjort i desember 2016 står det at Hdir skal søke råd hos Legeforeningens spesialitetskomiteér ved godkjenning av utdanningsinstitusjoner (§5 og 23)

Kort oppsummert har de Regionale utdanningssentrene en enorm oppgave foran seg.

Læringsmål

Kandidatene vil vurderes opp mot oppnådde læringsmål. Læringsmålene forskriftsfestes og er det hele utdanningsløpet kommer til

å bygges rundt. Det er derfor ekstremt viktig at disse blir dekkende og konkrete. Dette skriver Hdir om læringsmål i forbindelse med høringen som ble besvart 1. april, og som veldig mange i fagmiljøet har engasjert seg i.

«Et læringsmål skal angi hva en legespesialist skal forstå, kunne og være i stand til å utføre etter endt spesialistutdanning. Det skal være formulert som et etterprøvbart læringsutbytte, og skal beskrive den kompetanse (kunnskaper, ferdigheter og/eller holdninger) legen skal ha oppnådd (...) For enkelte spesialiteter vil læringsmål også omfatte minstekrav til antall prosedyrer. Dette vil først og fremst gjelde kirurgiske spesialiteter der et visst antall gjennomførte prosedyrer er nødvendig for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet.»

Læringsmålene vil kunne endres ettersom tiden går. Hvordan dette skal kunne gjøres finnes det en plan for, men jeg går ikke inn i detaljene nå, da det først vil bli aktuelt om relativt lang tid.

Det kan nevnes at læringsmålene for del 1 er klare, og det har vært massiv misnøye med både prosess og resultat. Fagmiljøet mener de ikke har blitt lyttet til, og at samarbeidet mellom Hdir og fagmiljø nærmest har vært fraværende. Man mener man sitter igjen med læringsmål som er svært generelle, vanskelig etterprøvbare og som uthuler tjenesten. Legeforeningen mener man må ta et langt skritt tilbake og revidere vedtatte læringsmål allerede nå.

I tillegg til læringsmål utvikles det «felles kompetansemoduler» som skal gjelde for

alle LiS uavhengig av spesialisering, innen blant annet forskningsforståelse, etikk, administrasjon og ledelse osv..

Gruppeføring

Gruppeføring, dvs. gruppe 1 og gruppe 2 sykehusbenevnelse med krav til tjeneste ved gruppe 1 sykehus blir borte. Det er læringsmålene innhold som sørger for at man også må ha kortere eller lengre opphold på større sykehus, hvor man kan få oppfylt særlige læringsmål (eksempelvis må man en periode være på sykehus hvor det foregår setefødsler, hvor det er gynekologisk onkologisk kompetanse osv.). Det er blant annet de regionale utdanningssettene som skal være med å legge til rette for at avtaler mellom ulike sykehus kommer på plass. Hvordan man skal gjøre dette i praksis, er fortsatt uklart. Det sier seg selv at for å bli trygg i håndteringen av eksempelvis seteleie-fødsler, holder det ikke å hospitere en kort periode på et sykehus hvor man har denne type fødsler. Når det gjelder andre typer ferdigheter, vil hospitering kunne være ideelt, men hvordan dette skal struktureres, foreligger det meg bekjent foreløpig få konkrete planer for.

Digitalt verktøy

Det innføres et digitalt verktøy (Dossier) hvor man fortløpende kan registrere oppnådde læringsmål. Oppnådde læringsmål må så signeres elektronisk av leder.

Her kan man for eksempel også registrere veiledningssamtaler og innholdet i disse. Hvilke læringsmål som er oppnådd vil til enhver tid være synlig for en selv, veileder og ledelse. Innholdet i veiledningssamtaler og en del andre ting, vil kun være synlig for kandidaten og veileder.

Overgangsordninger

- Leger som har begynt på spesialistutdanningen før 1. mars 2019, har rett til å få vurdert den gjennomførte spesialistutdanningen opp mot læringsmålene i ny spesialistutdanning. Det er utdanningsvirksomhetens ansvar å sørge for dette innen 1. mars 2022.
- Leger som 1. mars 2019 har mindre enn tre år igjen av spesialistutdanningen, kan søke om spesialistgodkjenning etter gammel spesialistgodkjenningsforskrift
- Overgangsordningen for leger i spesialistutdanning opphører 1. mars 2022. Da skal alle vurderes og godkjennes etter ny spesialistforskrift.

Prossesen i spesialitetskomiteen

og ngf inkludert fugo

Først for et drøyt år siden skjønte fagmiljøet for alvor at noe var på gang, men majoritetene ante vel heller ikke da helt hva. Det har pågått en gradvis oppvåkning. I mars 2016 fikk alle spesialitetskomiteer i oppgave å sende inn forslag til læringsmål. De jobbet svært iherdig og målrettet og fikk på plass et utkast som ble diskutert i NGF-styret i august, sendt inn til Legeforeningen i september og videre til Hdir i oktober. Som de fleste kjenner til, ble de foreslåtte læringsmålene sendt ut på offisiell høring i desember 2016. NGF-styret ba om tilbakemeldinger fra medlemmene sine i januar nå i år, og på bakgrunn av et stort engasjement og mange innspill fra nord og sør, høy og lav, gamle og unge, har NGF og spesialitetskomiteen laget et fornyet utkast til læringsmål. Prossesen som foregikk nå i vinter, kunne med fordel ha vært gjennomført forrige sommer. Da hadde utkastet som ble sendt ut på høring i desember allerede vært bredt forankret i fagmiljøet. Men man har gjort hva man har kunnet i en prosess med korte tidsfrister og uoversiktlige endemål der premissene stadig har endret seg. All honnør til spesialitetskomiteen for stort arbeid!

Veien videre

Slik tenker Hdir seg tidsplanen for resten av året frem til læringsmålene spikres i desember 2017:

April-mai:

Rydde/systematisere i høringssvar

Mai-september:

Bearbeiding av læringsmål i direktoratet

September-oktober:

Vurdering ved spesialitetskomiteene

av bearbeidelsen som er foretatt

November:

Møte mellom Hdir og spesialitetskomiteene

Desember:

Beslutning av læringsmål

Jeg tror det er viktig at NGF ikke sitter stille i båten inntil september når vi igjen skal involveres i prosessen. Tiden mellom september og desember er knapp for å endre noe dersom vi synes noe er røtt eller galt. Hdir må få ro til å strukturere høringssvar og lage sine tabeller og skjemaer, men fra mai/juni må vi som fagmiljø være på ballen i en dialog med de ansvarlige i Hdir. I prosessen med del 1- læringsmålene var det et «interimfagråd» som gav de faglige rådene. Disse fagpersonene var utnevnt av HFene, og på en konferanse nå i mars, var

det ingen fra Hdir eller RegUtene som kunne svare på hvem disse personene var, eller hvor man kunne finne en oversikt over hvem som satt i de ulike interimrådene. Jeg mener at når vi først har en spesialitetskomité og et styre som har kjent fagmiljøet på pulsen, er det disse Hdir må bruke som faglige rådgivere –ikke tilfeldige representanter som er utpekt av sykehusene. I hvert fall ikke KUN representanter utpekt av HF-ene! Da risikerer man i høy grad at økonomiske hensyn vektas for tungt i forhold til faglige hensyn.

Fram til nå har fokus i fagmiljøet ligget på læringsmål, som er det vi har blitt bedt av Hdir om å involvere oss i. Parallelt foregår det nok et arbeid i Hdir med hvordan den praktiske gjennomføringen skal foregå og det er helt essensielt at det er åpenhet i denne prosessen. Grunnen til at vi nå vet lite, er nok at det hele fortsatt er uklart, også for HOD, Hdir og RegUtene.

En drøm ville være å starte i et spesialiseringssløp med en klar plan for hva som forventes kunnet på de ulike stadiene av utdanningen og med en klar plan om hvordan man skulle nå dit. Kurs som kommer i en logisk rekkefølge, med et introkurs som første kurs og en introperiode med en dedikert veileder hvor det sikres at vi kan det mest basale. I en moderne verden er også bred tilgang på simuleringstrening en nødvendighet. Dersom vi får en mer formalisert trinnsvis prosess, vil det også bli lettere å organisere driftslik på erfaringer LiS kan veilede nye LiS, både på fødeavdeling, poliklinikk og operasjonssal. Slik kan læringspotensialet maksimeres og tilgang på inngrep utnyttes bedre. Dette vil også gjøre LiS gradvis mer selvstendig, hvilket er viktig på veien mot spesialiststatus. Veiledning kommer generelt til å stå svært sentralt i den nye strukturen. Veilederne skal ha en større, mer aktiv rolle. Muligens skal ikke alle overleger være veiledere som i dag, men noen få utvalgte og motiverte, skal veilede flere LiS. Det digitale verktøyet tror jeg i så måte kommer til å bli en veldig god hjelp i strukturering av veiledningsarbeidet.

Hvis vi klarer å samarbeide med helsebyråkratene og HFene, og ikke minst hvis de klarer å samarbeide med oss (dvs. stole på at vi ikke er ute etter å mele vår egen kake, men rent faktisk har det faglige i fokus), tror jeg faktisk dette kan bli bra. Det er i hvert fall helt sikkert at det er to viktige år som ligger foran oss før det hele starter i mars 2019, og alle gode krefter ønskes velkomne til å være med i arbeidet.



Misodel™

MISOPROSTOL VAGINAL INSERT



- Eneste godkjente vaginale 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 hydrogel polymer, 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 innssetting. Dersom vaginal innlegg 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 obstetikk 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 innssetting. Tas ut av fryseren og ut av folieposen like før innssetting. 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 glideinnlegg kan brukes. Ved innssetting vil det øke i størrelse 2–3 ganger og bli bøylelig. Etter innssetting 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 innsittings- 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 arrev 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 innssetting. 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 innlegg 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 vaginalfødsler 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 dissemintet intravaskulær koagulasjon (DIC) post-partum er beskrevet ved indusert 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 uterotonisk effekt. Andre prostaglandinpreparater ble i en studie gitt ved behov 1 time etter uttak av Misodel uten negative effekter. **Graviditet, amning og fertilitet:** 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 hjerterytmeforstyrrelser, føtal bradykardi, føtal takykardi, fravær av normal variasjon av ukjent årsak, nedsatt føtal hjerterytme, føtal hjerterytmesdeserelasjon, tidlige eller sene deselerasjoner, variable deselerasjoner, forlengede deselerasjoner. Svangerskap: Unormal fødsel som påvirker fosteret (uterin takystole eller uterin hypertonus med føtal hjerterytmeforstyrrelser). Mekonium i fostervann. Unormale uteruskontraksjoner (uterin takystole). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Hud: Utslett. Kjønnsorganer/bryst: Genitalkløe. Luftveier: Neonatal respirasjonsdepresjon, neonatal åndenødssyndrom, forbigående takypné hos nyfødte. Nevrologiske: Neonatal hypoksisk-iskemisk encefalopati. Svangerskap: Blødning antepartum, føtal acidoze, 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 pg/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 aktivt metabolitt, misoprostolsyre, som metaboliseres videre til inaktiv dinor- og tetranorsyremetabolitter. **Utskillelse:** Renal for dinor- og tetranorsyremetabolitter. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i fryser (-10 til -25°C). **Pakninger og priser pr.august:** 5 stk. (folieposer) kr 6 489,10.



Ferring Legemidler AS
Postboks 4445 Nydalen
0403 OSLO



Utdanning av leger

– en viktig sykehusoppgave i dag og i fremtiden

En kortversjon av status ved Jeanne Mette Goderstad, leder i spesialitetskomiteen

Ny spesialitetstruktur. Hvorfor? Helsedirektoratet ønsker en mere strukturert spesialistutdanning som gir et raskere utdanningsforløp.

Tiden settes til minimum 6 ½ år, inkludert del 1 (turnustjenesten) Forskrift om spesialistutdanning ble vedtatt desember 2016. Utdanningen skal baseres på læringsmål som følger denne forskriften. Med læringsmål menes hva en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre. Krav til gjennomførte prosedyrer kan for enkelte spesialiteter inngå i læringsmålene. Det skal defineres læringsmål, læringsaktivitet og evalueringsmåter.

Hva er gjort? Spesialitetskomiteen har brukt målbeskrivelsen for faget fødselshjelp og kvinnesykdommer som utgangspunkt for å definere de ulike læringsmålene. Det er laget et forslag med 31 læringsmål.

Forslaget ble levert legeforeningen høsten 2016. I januar ble alle medlemmer oppfordret til å komme med tilbakemelding til Norsk Gynekologisk Forening. Alle tilbakemeldinger ble gjennomgått av NGF og spesialitetskomiteen. FUGO har hatt en viktig rolle i utforming av

læringsmålene for å sikre gjennomførbarhet etter intensjonen. Det ble levert høringssvar til legeforeningen 1.3.

Legeforeningen har hatt to høringsskonferanser, 15.2 og 9.3, der representanter fra alle spesialitetskomiteer og fagmedisinske foreninger var representert. Det er enighet om:

1. Viktigheten av nasjonale obligatoriske kurs for å sikre en nasjonal standard
2. Prosedyrelister for kirurgiske fag må legges inn i læringsmålene slik at de forskriftfestes.
3. H.dir må bruke fagfolk fra de ulike spesialitetene i det videre arbeide med læringsmålene.

Høringssvar levert til Hdir 1. april.

Hva skjer videre? Hdir vil bruke tiden frem til september/oktober til en gjennomgang av høringssvarene. Fagmiljøene vil trekkes inn i dette arbeidet. Spesialitetskomiteen planlegger en samling med kursledere



Jeanne Mette Goderstad, leder i spesialitetskomiteen

og de Regionale utdanningssettene i forbindelse med årsmøtet i Stavanger. Læringsmålene besluttes i desember. Oppstart ny spesialitetsstruktur 1.1.2019.

For mer informasjon se NGFs hjemmeside.

Læringsmål	Læringsaktivitet	Evaluering
Læringsmål 4 Selvstendig kunne lede risikofødsler og fødsler med unormalt forløp. Ha ervervet praktisk erfaring jmf punkt 16 og 20 i prosedyrelisten.	Obligatoriske kurs Arbeid under supervisjon Strukturert opplæring på fantom	Kursprøve
Delmål 15.14 Selvstendig kunne: Åpne og lukke bukhalen. Sy serosarifter Utføre adheansløsning Sy blærelesjoner Ha god kunnskap om: Informasjon og rådgiving ved hysterektomi. Ulike kirurgiske teknikker for hysterektomi. Kunne utføre en åpen hysterektomi under supervisjon. Ha ervervet praktisk erfaring og kirurgiske ferdigheter gjennom deltakelse på operasjonsstuen jmf pkt 23 i prosedyrelisten	Kurs i kirurgisk teknikk Arbeid under supervisjon Sy på modeller Tjeneste på gynekologisk onkologisk avdeling (tre mnd) Kirurgitjeneste i seks mnd. Teoretisk strukturert gjennomgang av postpartum hysterektomi	Observasjon og vurdering Attestert operasjonsliste
Læringsmål 24 Selvstendig kunne følge opp barn som pårørende	Kurs i kommunikasjon E-læringskurs Gjennomgang av avdelingens prosedyre	Kursprøve

Hormoner: Venn eller fiende

NFOG Educational committee arrangerte møte 27.-28. april i København

Av Nora Johansen, PhD-stipendiat og LIS Sørlandet sykehus, Arendal og Marte Myhre Reigstad, PhD og LIS kvinneklinikken OUS.

Under paneldebatten til slutt kunne møtet oppsummeres med to setninger: Postmenopausale kvinner bør kunne få råd om hormonbehandling av en spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Og i forbindelse med seksualundervisning eller første celleprøve bør unge kvinner kanskje anbefales å begynne å få barn rundt 30 års alder. Det siste ble møtt med små nikk og lav humring.

NFOG Educational committee arrangerer annethvert år et faglig seminar, subsidiert av NFOG fondet. Møtet er tenkt å favne bredt innen faget fødselshjelp og kvinnesykdommer, og i år var tema hormoner. Det deltok aller flest danske og islandske kollegaer, men også noen nordmenn, og det var hyggelig sosialt samvær torsdag kveld.

De første to foredragsholderne på torsdag var fra Finland, Terhi Piltonen snakket om metabolske endringer i perimenopausen, og Aila Tiitinen om prematur ovariesvikt. Spennende foredrag, og engasjerte foredragsholdere.

Mette Moen viste at store svingninger i FSH og østradiol nivåer er vanlig, og at sykkluser der østradiolnivåer er høye er assosiert med menometrorraghi. Blant kvinner som behandles med IVF har høye nivåer av dag 3 østradiol vist seg å være assosiert med lav respons.

Angelica Hirshberg snakket om seksuelle dysfunksjoner og hormoner rolle, og kunne referer fra en ny ennå upublisert svensk studie, som finner at blant brukere av prevensjon i alderen 18-35 år hadde enkelte redusert seksual lyst, men ikke redusert evne til orgasme. Hun diskuterte også mangelen på behandlingsmuligheter med testosteron i de nordiske landene, og at testosteron gel egentlig er altfor potent til å brukes på kvinner. Til tross for dette brukes dette virket det som at mange i salen hadde erfaring med å forskrive det til pasientene sine.

Torsdag ettermiddag var viet hormonbehandling for perimenopausale plager (HT). Hanna Savolainen-Peltonen snakket om HT bruken etter Women's Health Initiative studien, som skremte mange, også gynekologer til å fraråde bruk av HT til perimenopausale plager. Nye popula-

sjonsmbaserte data fra Finland tyder på at østradiol-basert HT assosiert med redusert kardiovaskulær morbiditet.

Dagens siste foredragsholder var Nora Johansen, fra Sykehuset Sørlandet, som snakket om Hormone replacement therapy (HRT) hos kvinner som har fått fjernet begge adnex pga kreftrisiko.

Fredag var Mette Moen først ut og ga en oversiktlig presentasjon av alternativene til tradisjonell HRT. Hun skilte mellom komplementær behandling (clonidin, megestrol, SSRI og garbapentin) og alternativ behandling. De mest kjente alternative behandlingene er fytoøstrogener og remifemin. Hun advarte mot at remifemin kan være levertoksisk, og at det ikke bør brukes i mer enn tre måneder og ikke sammen med østrogen.

Neste foredragsholder var Anette Tønnes Pedersen fra Danmark som poengterte at underbehandling av overgangsplager kan gi dårlig livskvalitet. Mens HRT-bruken i den generelle befolkningen stupte etter 2002, var det ingen nedgang i HRT-bruken blant kvinnelige gynekologer på 80%. Blir postmenopausale kvinner generelt underbehandlet?

Oskari Heikinheimo fra Finland snakket om perimenopausal prevensjon: Friske kvinner kan bruke p-piller til 55 års alder, kobberspiral som er satt inn etter fylte 40 år kan stå og hormonspiral (52 mg levonorgestrel) er sannsynligvis effektiv i 7-10 år. Men han bekymret seg over at dagens LIS ikke vet mer om hormoner enn fastleger.

Siste taler var Anja Pinborg fra Danmark. Hun snakket om fertilitetsbehandling av modne kvinner og anbefalte individualisert fertilitetsbehandlingen basert på ovarial reserve. Blant kvinner over 40 år har

90% dårlig ovarial reserve og kun 20% føder et levende barn etter assistert befruktning. Derfor mente Pinborg at det beste tiltaket mot den økende forekomsten av uønsket barnløshet kan være å få kvinner til å begynne å få barn tidligere. Men kvinner i 30-årene skal rekke mye, og da er det godt å vite at sovende follikler kan vekkes opp fra et aldrende ovarium, noe vi antakelig får høre mer om.



Mette Moen



Oskari Heikinheimo



Anja Pinborg

FOREBYGGENDE MOT KREFT OG KJØNNSVORTER FORÅRSAKET AV 9 HPV TYPER^{1,a}

- for både menn og kvinner¹



Gardasil 9 er indisert for aktiv immunisering av personer fra 9 år mot følgende HPV-sykdommer:¹

- Premaligne lesjoner og kreft i livmor, vulva, vagina og anus forårsaket av HPV-typer som vaksinen dekker¹
- Kjønnsvorter (*Condyloma acuminata*) forårsaket av spesifikke HPV-typer¹

Gardasil 9 er den **kreftvaksinen** på markedet som gir bredest direkte beskyttelse¹⁻⁴
Gardasil 9 beskytter også mot kjønnsvorter^{1,b}

Gardasil 9 er nå tilgjengelig i alle norske apotek

Det er ingen øvre aldersgrense for hvem som kan ha nytte av Gardasil 9¹

Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatmtalen

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR GARDASIL 9

Vaksine mot humant papillomavirus

Indikasjon

Gardasil 9 er en vaksine til bruk hos personer fra 9 år for å forebygge pre-maligne lesjoner og kreft i livmor, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typer som vaksinen dekker, samt kjønnsvorter (condyloma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typer. Bruk av preparatet bør følge offentlige anbefalinger.

Kontraindikasjon

Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, skal det ikke gis flere doser. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine. Vaksinasjon utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber.

Advarsler og forsiktighetsregler

Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og den potensielle nytten av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Synkope, iblant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinasjon, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke nevrologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk-kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter vaksinasjonen. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typerne vaksinen er rettet mot. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for

profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervix-, vulva-, vaginal-, og analkreft, høygradige cervix-, vulva-, vaginal- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virustyper i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet.

Vanligste bivirkninger

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

Interaksjoner

Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatmtalen

▼ Gardasil 9

MSD Vaccins

Vaksine mot humant papillomavirus.

ATC-nr.: J07B M03

Står ikke på WADAs dopingliste

C INJEKSJONS/VÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 30 μ g, type 11 L1-protein ca. 40 μ g, type 16 L1-protein ca. 60 μ g, type 18 L1-protein ca. 40 μ g, type 31 L1-protein ca. 20 μ g, type 33 L1-protein ca. 20 μ g, type 45 L1-protein ca. 20 μ g, type 52 L1-protein ca. 20 μ g, type 58 L1-protein ca. 20 μ g, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborborat, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfat) (adjuvans) 0,5 mg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjon:** Aktiv immunisering av personer ≥ 9 år mot følgende HPV-sykdommer: Premaligne lesjoner og kreft i livmor, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typer som vaksinen dekker. Kjønnsvorter (condyloma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typer. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet bør følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Brukes iht. offisielle retningslinjer. Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Personer 9-14 år:** Vaksinasjonsplan med 2 doser (0,5 ml ved måned 0 og måned 5-13). Dersom 2. dose gis tidligere enn 5 måneder etter 1. dose skal det alltid gis en 3. dose. Alternativt følg vaksinasjonsplan med 3 doser (0,5 ml ved måned 0, 2 og 6). 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. **Personer ≥ 15 år:** Vaksinasjonsplan med 3 doser (måned 0, 2 og 6). 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. Personer som tidligere er vaksinert med kvadrivalent HPV-vaksine kan få 3 doser med Gardasil 9. Sikkerhet og effekt for kvinner ≥ 27 år er ukjent. **Spesielle pasientgrupper:** Barn < 9 år: Sikkerhet og effekt er ukjent, ingen tilgjengelige data. **Tilberedning/Håndtering:** Ferdigfylt sprøyte klar til bruk. Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklår, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før bruk. Kast vaksinen dersom partikler eller misfarging oppdages. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Passende kanylen velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Fest kanylen til sprøyten ved å vri den med klokken. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel og avfallsmateriale skal destrueres iht. lokale krav. **Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Skal ikke injiseres intravaskulært, s.c. eller intradermalt. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet skal det ikke gis flere doser. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine. Vaksinasjon utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber. **Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktiske reaksjoner. Synkope, iblant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinasjon, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke nevrologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk-kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typerne vaksinen er rettet mot. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert for behandling av cervix-, vulva-, vaginal- og analkreft, høygradige cervix-, vulva-, vaginal- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virustyper i vaksinen som personen allerede er

infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinsens sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsviktvirus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Skal gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenitets- eller effektivitetsdata støtter bytte til andre HPV-vaksiner, derfor er det viktig at samme vaksine forskrives for hele doseregimet.

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

Graviditet, amming og fertilitet: **Graviditet:** Tilgjengelige data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinasjon bør utsettes til etter fullført graviditet. **Amming:** Kan brukes til mødre som ammer. **Fertilitet:** Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonsstoksitet i dyrestudier.

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

Egenskaper: **Klassifisering:** Ikke-infeksiøs, rekombinant 9-valent vaksine med adjuvans, laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 og 58. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de 9 HPV-typerne i vaksinen. Basert på epidemiologiske studier, forventes beskyttelse mot HPV-typerne som forårsaker ca. 90% av tilfellene av livmorkreft, $> 95\%$ av tilfellene av AIS, 75-85% av CIN 2/3, 85-90% av HPV-relatert vulvakreft, 90-95% av VIN 2/3, 80-85% av HPV-relatert vaginalkreft, 75-85% av VaIN 2/3, 90-95% av HPV-relatert analkreft, 85-90% av AIN 2/3 og 90% av tilfellene av kjønnsvorter. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinasjonstidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke fastslått. 99,6-100% var seropositive for antistoffer mot alle 9 vaksine-typer i 7. måned i alle testgrupper. GMT var høyere hos jenter og gutter 9-15 år enn hos kvinner fra 16 til og med 26 år, og høyere hos gutter enn hos jenter og kvinner. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaksinasjon er ikke fastslått. Hos gutter og jenter 9-15 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 3 år, og avhengig av HPV-type er 93-99% seropositive. Hos kvinner 16-26 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 3,5 år, og avhengig av HPV-type er 78-98% seropositive.

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

Pakninger og priser: INJEKSJONS/VÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) kr. 1385,20.

Sist endret: 20.02.2017

Referanser:

1. Gardasil 9 SPC, seksjon 2 og 4.1
2. Gardasil SPC, seksjon 2
3. Cervarix SPC, seksjon 2
4. Folkehelseinstituttets Vaksinasjonsveilederen, HPV-vaksinasjon: <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hpv-vaksinasjon-humant-papillomavirus/#hpwvaksiner> (Lest 28.03.2017)

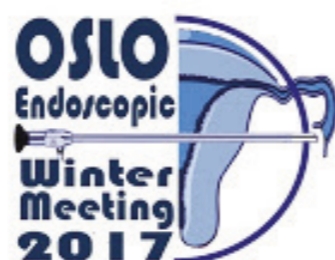
a) Gardasil 9 gir beskyttelse mot Humant Papilloma Virus (HPV) 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58

b) Forårsaket av HPV 6 og 11

Oslo endoscopic wintermeeting 2017

Av Pernille Bjerre Trent og Henrik Michelsen

Årets endoskopimøte på Norefjell var en sammenslåing av den andre nordiske kongress for endoskopisk gynekologisk kirurgi og tredje Oslo endoskopiske vintermøte, ledet av vår egen prof. Marit Lieng som kongresspresident. Faculty med representanter fra fagmiljøet i de nordiske land, BeNeLux, Frankrike og Tyskland ga et fullspekket fire-dagers vitenskapelig program med en rekke aktuelle temaer.



Som noen av konferansens yngste var vi også Gynekologens utsendte. Her var det bare å suge til seg så mye kunnskap man kunne. Torsdag ettermiddag møtte vi spent opp til workshops. Det var temaer for enhver interesse. Både av mer teoretisk art, men også praktiske øvelser som hysteroskopi av tunge. Foredragsholdere var fløyet inn fra hele den nordlige halv-kule, så her var det ikke lett å måtte velge. Et av høydepunktene her var Einarssons inspirerende forelesning om LH. Get-together samme kveld satte standarden for resten av helgen med god stemning på tvers av sykehus og land.

Uterus til utlån?

Konferansen startet med to meget interessante, og også innovative foredrag. Mens politikerne diskuterer eggdonasjon, har teknologien tatt oss mye lengre. Levende-donor uterustransplantasjon er gjennomført hos ni kvinner i Gøteborg, hvorav to opplevde reaksjon. Det er født totalt 5 barn, og det er flere på vei. Alle av de transplanterte kvinnene har blitt gravide.

Om det i fremtiden blir vanlig å bli født fra samme livmor hvor man selv har ligget, gjenstår å se. Men teknologien er der allerede. En annen utvikling som blir spennende å følge er ovarialvevstransplantasjon, både av fertilitetsgrunner men også for «evig ungdom». Kanskje vi alle går rundt med noen gram ovar på håndleddet etter vi har gått i naturlig menopause, lykkelige uten verken hetetokter eller benskjørhet?

Før lunch var det live-kirurgi fra Ullevål ved Anton Langebrekke og Sven Becker, sistnevnte gjesteoperatør fra Frankfurt. Dr Langebrekkes pasient hadde avansert endometriose og skulle gjøre en hysterektomi og tarmreseksjon. Til tross for noe tekniske problemer til å begynne med, ble inngrepet observert med stor interesse fra salen, og til og med noen oppfordringer som ble fulgt av operatøren. På nabostuen hadde Dr Becker fått en lettere pasient, og guidet oss gjennom en laparoskopisk hysterektomi med stor entusiasme og til glede for publikum. Etter lunsj var det parallelle sesjoner med teamer innenfor hysteroskopi og onkologi.

Get togheter fredag kveld med gløgg og hockey-konkurranse bidro til god stemning. Om Faculty -laget hadde ligget i hardtrening vites ikke, men de stakk hvertfall av med seieren.

Pernille Bjerre Trent,
LIS Kvinneklubben OUS

Henrik Michelsen,
LIS Kvinneklubben OUS



Det var sol og nysnø. Norefjells nypreparerte løyper lyste mot oss. Norefjell spahotell var fylt til randen av 230 lærevillige gynekologer fra 11 land. I stedet for å nyte været, satte vi oss velvillig i mørket for å lære mer om endoskopisk gynekologisk kirurgi. Det skulle vi ikke angre på.

Lørdagen var det både felles foredrag hvor vi kunne lære om det nyeste innenfor endometriose med kirurgiske teknikker samt adenomyose. Parallele sesjoner tok for seg sterilisering og ulike teknikker for dette, kirurgisk behandling ved Vault rolaps, samt en spennende debatt og sammenligning av morcellering i de nordiske land. Det var også duket for første presentasjon av frie foredrag. Robotkirurgiens rolle med fremtidsperspektiver ble presentert på slutten av dagen.

Morcelleringsdebatten viste seg å ikke være død i Norden, selvom ser en klar trend til økende LH i stedet for LSH gjennom hele Norden. Om det skyldes amerikanske guidelines vites ikke. Det blir spennende å se hva fremtiden bringer. Spennende kvalitetsstudier vedrørende dette er på gang, bl.a. i vår egen avdeling.

Extracurricular activities

Det var tettepakket faglig program hver dag, så innlagt lunsjpause på ca 2 timer gjorde godt for å lufte hodet. Nypreparerte løyper rett utenfor hotellet fristet noen, mens andre nøt tiden i spa-avdelingen. For de mer konkurranseinnstilte var det også perfekte forhold for slalåmkonkurranse. Lørdagen etter lunsj stilte hele 30 menn og 22 kvinner til start. Spenningen var til å ta og føle på i startområdet, og det var flere teorier om hvordan man kom raskest i mål. Seirende gikk Eirik Fosshagen fra Storz og Cathrine Krogh arrangør fra CIS. Vi gratulerer!!!! I herreklassen kom Frode Halland (Haukeland) andre, mens delt tredje plass gikk til Thomas Thaulow (OUS) og Yngvar Hansen-Tangen (OUS). I kvinneklassen kom Ingeborg Bøe Engelsen

(Haukeland) på andreplass, mens under-tegnede vant tredje plassen. Neste år satser vi på at legene slår industrien!!!!

Nordisk Melodi Grand Prix

Lørdag kveld var konferanselokalene pyntet til storfest. Espen Berner fra Ullevål og danske Charlotte Møller tok oss gjennom kvelden. Det vanket stor skryt til lokal-komiteen for glimrende arbeid med tilrettelegging for en meget god, både faglig og sosial, konferanse. Konfransierene måtte etter hvert bytte oppgave fra å invitere folk opp til scenen til å nærmest bli nedrent. For ikke kunne de vite at nordiske gynekologer har et skjult talent i spontan «Melodi Grand Prix». Det begynte med at finnene ville ønske velkomne til neste møte om 2 år ved å synge en finsk folkevis, til å utvikle seg til at alle land stilte med lokale sanger. Offisiell vinner av denne helt uoffisielle sangkonkurransen ble vel aldri kåret. Men stemningen i lokalet sa uansett sitt, og den ble ikke dårligere da «Doubletrouble» stod for dansemusikk ut i de små timer.

Helt om natten, helt om dagen

Man kan ikke beskyldte gynekologer for ikke å være helter om natten og helter om dagen. Søndag morgen var det imponerende godt oppmøte. At det var komplikasjoner ved kirurgi ved Einarsson som stod på programmet, bidro nok til det gode oppmøtet.

Beste frie foredrag og abstract gikk til Jacob Brink Laursen fra Danmark for hans forskning på kirurgi sammenlignet med konservativ behandling hos subfebrile kvinne med endometriomer. I tillegg til heder og ære, vant han deltagelse på neste kongress om 2 år. Vi gratulerer og gleder oss til å se hva videre forskning viser.

Som ferske kongressfarere gleder vi oss allerede til neste Nordiske endoskopi kongress som arrangeres i Helsinki juni 2019, og selvsagt til neste års norske møte på Norefjell. Vi vil spesielt oppfordre våre yngre endoskopi-interesserte kollegaer til å søke om deltagelse.



The Italian Connection

Av Andreas Putz og Solveig Thorarinsdottir

I Valpolicella dalen nær Verona ligger for tiden Europas senter for nervesparende, radikal endometriosekirurgi. Marcello Ceccaroni og hans kollegaer på sykehuset «Sacro Cuore Don Calabria» i Negrar i Italia har etablert seg med nervesparende bekkenkirurgi på verdensnivå. Det er den siste tiden blitt en tradisjon at gynekologene ved Sykehuset i Vestfold hospiterer ved dette sykehuset.

Sacro Cuore Don Calabria Hospital, som er finansiert av et katolsk institutt som heter Opera Don Calabria, startet som et sykehjem i 1933. På 1940-tallet fikk det godkjenning som sykehus og i 1970 godkjent som et offentlig sykehus. Sykehuset har i dag 18 sertifiserte avdelinger med ca. 500 senger, 210 spesialister og rundt 450 sykepleiere.

Kvinneklinikken ved Sacro Cuore Don Calabria i Negrar har en lang tradisjon med gynekologisk laparoskopi og hysteroskopi, kanskje en av de eldste i Europa. Klinikken er knyttet til universitet i Bologna, som har ett av de første medisinske fakulteter i verden. Tidligere avdelingssjef dr. Luca Minelli gjennomførte i slutten 1980-tallet den første total laparoskopiske hysterektomi i Europa. Han utviklet en uterusmanipulator som er i Sør Europa, den dag i dag, den mest populære uterusmanipulator for laparoskopier. Dr. Luca Minelli etablerte nervesparende operasjonsteknikk som ble forbedret og standardisert av hans etterfølger prof. dr. Marcello Ceccaroni.

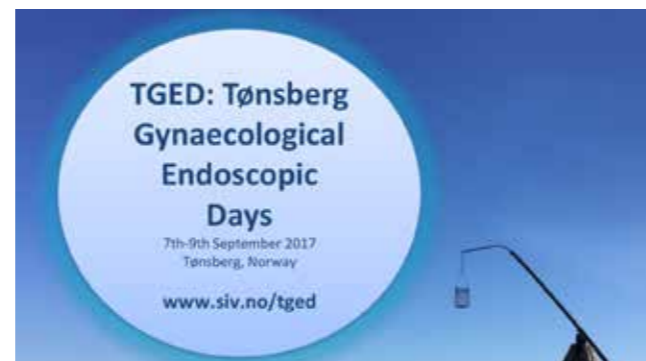
Avdelingen ved Sacro Cuore Don Calabria i Negrar har på hverdager 3 operasjonsstuer i drift med ca. 10 store operasjoner daglig. På 2 stuer gjennomføres det avanserte laparoskopier som for eksempel laparoskopisk reseksjon av dyp infiltrerende endometriose med nervesparende teknikk. Daglig står det på operasjonsprogrammet gjennomsnittlig 2 tarmreseksjoner i forbindelse med endometriose. Marcello og medarbeidere opererer ca. 1 500 pasienter med endometriose per år, derav 300 pasienter med tarmreseksjon. Alle laparoskopier legges inn i et eget, veldig detaljert operasjonsregister som er grunnlag for tallrike publikasjoner som omhandler endometriosekirurgi. Det er bestandig et gastrokirurgisk team i beredskap til å foreta laparoskopiske tarmreseksjoner. Operasjoner med forventet affeksjon av blæren og ureter er planlagt på mandager fordi da er et urologisk team

med høy (laparoskopi-) kompetanse i beredskap hele dagen. Selvsagt får gynekologer på andre ukedager også hjelp fra urologisk avdeling hvis det trengs.

Forskjellen mellom teamet i Negrar og de fleste andre endometrioseoperatører i verden er at gynekologer i Negrar fridissekerer strukturen i bekkenet på en veldig spesiell måte. Hovedvekten ligger på disseksjon av de hypogastriske nerver. I alle kasper med dyp infiltrerende endometriose med affeksjon av tarmen, ureter eller parametrium blir hypogastriske nerver på hver side dissekert. Man begynner med å åpne bekkenperitoneum på høyre side i høyde av bekkeninngangen og dissekerer først høyre ureter ned til parametrium. Deretter leter man etter den presakrale fascien og høyre n.hypogastricus nær promotoriet. Under rektum preparerer man langs den presakrale fascien mot venstre side til venstre n. hypogastricus og venstre ureter. På denne måten unngår man skader på nerven med påfølgende blære- og tarmlammelse som er en fryktet komplikasjon ved endometriosekirurgi. I noen tilfeller er viscerale og somatiske nerver i bekkenet også involvert av endometriosen. Reseksjon av slike endometrioseforandringer er en stor utfordring for operatøren.

Det kreves detaljert anatomikunnskap som gynekologer ikke nødvendigvis innehar. For de fleste gynekologer stopper operasjonen på peritonealt nivå. Men vi må anse det retroperitoneale rom som en venn som hjelper operatøren til å dissekere endometrioseforandringer komplett. Til å formidle denne spesielle anatomikunnskap opprettet Marcello Ceccaroni og Luca Minelli i 2010 «The International School of Surgical Anatomy» (ISSA School, www.issaschool.com). ISSA skolen er en «non-profit» organisasjon som har som mål opplæring av topografisk og kirurgisk anatomi, kirurgisk basal og avansert teknikk via kurs, kongress og nasjonale og internasjonale møter. Inntekten av skolen går til

Starstrucked asslege fra Norge, fv; Solveig Thorarinsdottir, Marcello Ceccaroni og Andreas Putz



Arena i Verona

humanitære prosjekter i fattige land og til støtte av utdanningsprosjekter for unge leger for å få tilgang til kirurgi i bekkenet.

Det synes meget viktig å forbedre kunnskapen til gynekologer med operativ laparoskopisk virksomhet med en multidisiplinær tilgang til kirurgi basert på kirurgisk anatomi og avansert laparoskopisk radikal bekkenkirurgisk teknikk.

Vi spurte Marcello Ceccaroni om prinsipielle anbefalinger vi kan følge i Norge. Hans budskap var at man skal unngå et inngrep hvis det er mulig. I Negrar blir rundt 90% av alle henviste endometriosepasienter ikke operert. Men i tilfelle man finner operasjonsindikasjon så skal det være et godt planlagt radikalt inngrep hvor man skal fjerne all endometriose komplett.

Det er ikke vanskelig å reise til Negrar fra Norge. Fra Gardermoen til Verona med fly (20 min. til Negrar) tar reisen ca. 5 timer, og fra Sandefjord/Torp til Bergamo (75 min. til Negrar) tar den ca. 4 timer. Til tross for at Negrar er en småby finnes det noen ordentlige og rimelige hoteller der. Vestfold gynekologene bor vanligvis på hotell Venere som er i 5 minutters gangavstand til sykehuset.

Dagen begynner med morgenmøte kl. 08:00 og kort tid etterpå starter operasjonsprogrammet. Vi deltok stort sett hele tida på operasjoner på de to stuen med avanserte laparoskopier. Det var veldig lett å bytte mellom de to stuen slik at vi fikk alltid med oss den mest interessante delen av inngrepene. I pausen mellom operasjonene fikk vi mulighet å prate med Marcello og hans kollegaer, med LIS-legene og sykepleierne. Vi hadde alltid mulighet til å spørre og kommentere. Det var også mulig å få innsyn i organisasjonen og strukturen av avdelingen. Operasjonsdager er vanligvis til kl. 20:00, men hvis det oppsto en forsinkelse i operasjonsprogrammet ble arbeidstiden utvidet inntil siste pasient var ferdigoperert. I noen tilfeller slutter programmet kl. 23:00!

Arbeidstiden i Italia er stort sett lik som arbeidstiden i Norge. Nesten alle gynekologiske avdelinger har arbeidstid fra kl. 08:00 til kl. 16:00, men ledelsen laget en egen arbeidsavtale med noen gynekologer. Kvinneklinikken i Negrar har 16 spesialister. Der er det omtrent 1 000 fødsler og rundt 3 000 operasjoner per år. 6 gynekologer inklusive avdelingssjefen Marcello Ceccaroni jobber kun operativt hver dag fra kl. 08:00 til kl. 20:00. Derfor har de mye mindre vakter (hjemmevakt) enn de andre 11 kollegaene. Avdelingen har ingen regulære LIS stillinger, men det er bestandig 5 eller

6 unge leger i et fellowship program. LIS-legene kommer fra Brasil, Spania, Portugal, Mexico, Italia og jobber i 6 til 12 måneder. Modersykehuset må da betale lønn til sine leger som er sendt til Negrar. LIS-legene assisterer på operasjoner, hjelper til med papirarbeid, men deltar ikke i obstetriske arbeid og i vakter. På grunn av høyt utdanningsnivå er stillinger i fellowship programmet svært ettertraktet.

Det er lite fritid etter lange arbeidsdager. I løpet av årene har det bygget seg opp et vennskap med leger og sykepleiere i Negrar, og man forsøker å treffes på fritiden når man besøker Negrar.

Sykehuset ligger vakkert i Valpolicella dalen innimellom vinåkrer. Etter en kort joggetur om kvelden spiste vi på de forskjellige lokale restauranter. Mange vingårder rundt Negrar gjorde det ikke lett til å velge dagens restaurant. Men en ting hadde alle restauranter felles: en god Amarone vin! I helgen hadde vi litt fritid. Er man i distriktet er et besøk i Verona med sin historiske bykjerne en selvfølge. Gardasjøen er kun i 20 minutter kjøreavstand fra Negrar og vi tok en tur til Sirmione. Siste kvelden i Negrar spiste vi middag på Michelinstjerne restauranten i Negrar, Locando 800. Det er en opplevelse å spise på en restaurant hvor amaronevinen tappes direkte fra eikefat.

Verdens beste kirurger på endometriose i tillegg til maten og vinen var en opplevelse som må gjentas, og det skal den – på neste tur til Negrar!

Kirurgens øyne viker ikke fra skopi skjermen og operasjonssykepleierne setter inn alle instrumenter i portene.





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

Referenser:

1. Donnez J, et al. New Engl J Med 2012;366(5):421–432.
2. Donnez J, et al Fertl Steril. 2014 Jun;101(6):1565–1573.
3. Donnez J, et al Fertl 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 kombinasjonspiller) 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. digibigatranetiksilat, 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: Smarter i abdomen, kvalme. Hud: Akne. Kjønnsgener/bryst: Hetetokter, bekkensmerter, ovariecyste, ømhet/smerter i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Smarter 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: Ryggsmarter. 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.

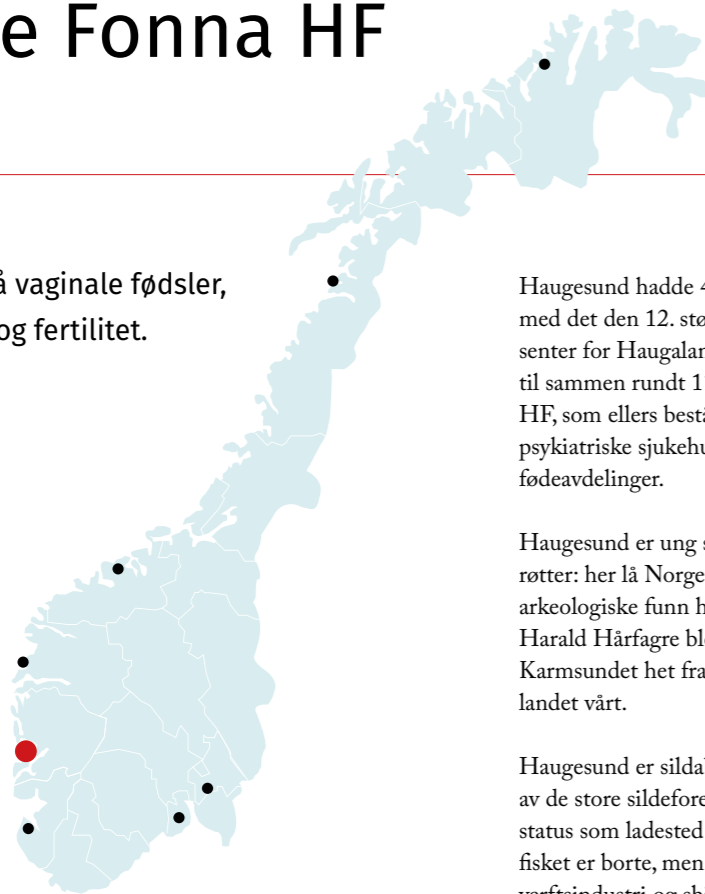
Preparatomtale ble sist oppdatert: 01/04/2016

Norge Rundt

Kvinneklubben Haugesund Sjukehus Helse Fonna HF

Av Pernille Nylehn

Med fokus på vaginale fødsler,
laparoskopi og fertilitet.



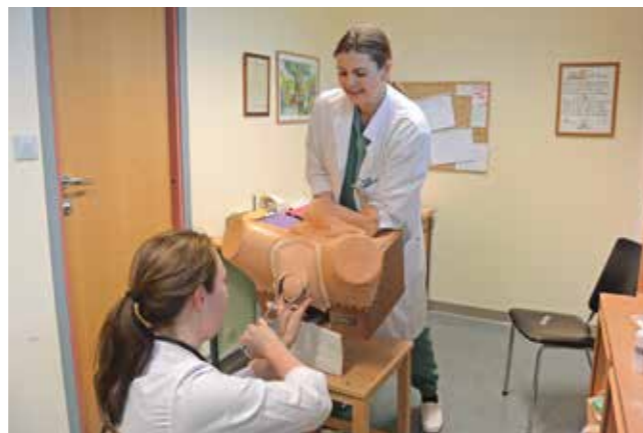
Tidligere besøkt:

1:2017 Kvinneklubben ved Helse Møre og Romsdal – Ålesund
4:2016 Kvinneklubben ved Sykehuset i Vestfold Tønsberg
3:2016 Kvinneklubben ved Ahus
2:2016 Kvinneklubben ved Nordlandssykehuset - Bødø
1:2016 Kvinneklubben i Hammerfest
4:2015 Kvinneklubben i Stavanger
2:2015 Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen
1:2011 Kvinneklubben i Hammerfest

Et knippe av legene på avdelingen



Trening på korrekt bruk av tang



Haugesund hadde 44 536 innbyggere per 1. januar 2016, og er med det den 12. største byen i landet. Byen fungerer som region-senter for Haugalandet og noen Hordalandskommuner, med til sammen rundt 110 000 innbyggere. Vi tilhører Helse Fonna HF, som ellers består av Stord sjukehus, Odda sjukehus og Valen psykiatriske sjukehus. Det er bare Haugesund og Stord som har fødeavdelinger.

Haugesund er ung som by, men området har lange historiske røtter: her lå Norges eldste kongesete, og på Avaldsnes er det gjort arkeologiske funn helt tilbake til bronsealderen. Man antar at Harald Hårfagre ble gravlagt i Haugesund. Den smale skipsleia Karmsundet het fra gammelt av Nordvegen, og har gitt navn til landet vårt.

Haugesund er sildabyen, og vokste fram på 1800-tallet som følge av de store sildeforekomstene i havområdene utenfor. Den fikk status som ladested i 1854, og kjøpstadrettigheter i 1866. Sildefisket er borte, men vi har en rik maritim tilknytning gjennom verftsindustri og shipping, og Sjøfartsdirektoratet har vært lokalisert i Haugesund siden 2006. Nordsjøen ligger rett vest, med kort vei til Utsira, og litt lenger vei til England. Vi har også Høgskulen Stord Haugesund, Den norske filmfestivalen med Amandaprisen, Sildajazz ... og Norges eneste rosa rådhus.

Som det naturlige sentrum for et omland på drøyt 100 000 mennesker blir det sagt at Haugesund er småbyen med storbyens kvaliteter og utfordringer.



Haugesund sykehus

Haugesund har jo også sitt fotballlag FKH som, til tross for at de har ett av eliteseriens laveste budsjetter, jevnlig hevder seg i øvre halvdel av tabellen. Egentlig ikke så ulikt Kvinneklubben ved Haugesund Sjukehus.

Haugesund Sjukehus er hovedsykehuset i Helse Fonna. Sjukehuset ligger midt i Haugesund sentrum, noe som gir nærhet til brukerne, men definitivt har sine utfordringer, spesielt i forhold til parkering både for ansatte og pasienter.

Vi er et fullverdig akuttstusjukehus med kirurgiske og indremedisinske subspecialiteter, og øye- og ØNH-avdeling. Radiologisk avdeling har intervensjonkompetanse og tilbyr bl.a. embolisering. Barneavdelingen tilbyr behandling av nyfødte ned til 29 ukers gestasjonslengde. Premature før uke 29 og flerlinger før uke 30 blir overført til Stavanger universitetssjukehus.

Som det fremgår av bildet har sykehuset blitt bygget på i 4 trinn. Det eldste bygget er fra 1920. Nærmeste nabo er Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus.

Vi er nå midt i en prosess med den største utvidelsen noensinne. Byggstart er i 2018, og første trinn av nytt sykehusbygg regnes med å være ferdig i 2020. Bygget skal være pasientsentrert, med fullt integrerte kliniske sentra og samlokalisering av sengeposter og poliklinikker. Grensene mellom somatikk og psykisk helsevern blir redusert, det samme gjelder mellom medisin og kirurgi.

Kvinneklubben

Kvinneklubben er en del av kirurgisk klinikk. Vi har 3 seksjoner: Gynekologi, fødeavdeling og fertilitetsavdeling. Klaus Oddenes er seksjonsoverlege på Gynekologisk avdeling, Kristin Urnes er seksjonsoverlege på Fødeavdelingen og Karsten Henning er seksjonsoverlege på Fertilitetsavdelingen. Klaus Oddenes har i tillegg personalansvar for alle legene, på samme måte som avdelingsoverlegen i det gamle systemet. Overjordmor Sidsel Petrine Vetås har personalansvar for jordmødre og pleiepersonell på hele Kvinneklubben.

Vi har for tida 6 overleger og 8 LiS. Overlegene går 6-delt vakt mens LiS går 8-delt. Det sier litt om utviklingen i faget at på 1970-tallet var det tre gynekologer på avdelingen, og de hadde hjemmevakt. Nå har vi altså både overlege og LiS på tilstedevakt, med samme antall fødsler!

« På 1970-tallet var det tre gynekologer på avdelingen, og de hadde hjemmevakt »

Vi skulle gjerne vært flere overleger, men har opplevd stadig lekkasje til det private markedet. De siste ti årene har fem spesialister fra vår avdeling gått over til privatpraksis. Disse gode kollegene har vist seg vanskelige å erstatte. I store deler av 2015 og 2016 var vi bare 4 spesialister igjen på sykehuset. Det sier seg selv at når fire overleger skulle overvåke 1 500 fødsler og 10 000 polikliniske konsultasjoner, var det rimelig travelt. Da blir det ikke veldig mye tid til forskning.

Heldigvis er situasjonen nå litt bedre med 6 spesialister på plass, og med flere flinke LiS som snart er ferdig med spesialiteten, så vi ser lyst på fremtiden etter mange travle år. LiS-situasjonen er meget god. Det er god søknad på utlyste stillinger, og aldri noe problem å få ansatt dyktige unge leger. De fleste av våre LiS tar gruppe 1 i Bergen eller Stavanger, og ryktene går om at disse avdelingene er meget fornøyd med kandidatenes faglige og ikke minst praktiske nivå etter noen år hos oss. De fleste har fylt opp operasjons- og forløsningslistene før de kommer til gruppe 1. Det er mange fordeler med å starte sin karriere på en liten men travel klinisk avdeling!

Gynekologisk Seksjon

Gynekologisk Seksjon består av én sengepost og gynekologisk poliklinikk. Sengeposten har 9 senger og drives som en 5-dagers post. Vi låner senger på kirurgisk sengepost for de få som må være innlagt i helger og høytider. Avdelingen har høy aktivitet på dagtid, med dagbehandling av f.eks medisinske aborter og væskebehandling for kvinner med hyperemesis, og øyeblikkelig hjelp utenom den vanlige polikliniken.

Operativt

Vi har fire operasjonsdager i uka, to på dagkirurgisk avdeling og to på sentraloperasjonen. Volumet er størst på dagkirurgen, med ca 2/3 av alle inngrep. Det kan være konisering, enkle laparoskopier, vaginalplastikker, TVT/TVT-O, og hysteroskopier. Sectio, hysterektomier og andre større inngrep skjer på Sentraloperasjonen.

Der har vi bl.a. en rendyrket endoskopistue (endo-alpha-stue) som gir optimale muligheter for laparoskopi. Vi gjør 93 % av hysterektomiene per skopi, og laparotomi kun ved stor uterus eller kompliserte forhold. Vi har bevisst valgt bort vaginal hysterektomi: med en såpass liten avdeling er det en fordel å ha én hovedmetode som alle kan bli gode til. Å gjøre LH gir også synergieffekt ved at man dermed behersker andre laparoskopiske inngrep.

Vi er regjerende vestlandsmestre i registrering til NGER med 70-80 % av inngrepene. Andre avdelinger oppfordres herved til å prøve å slå oss!

Fødeavdelingen

Vi har ca 1500 fødsler i året, og forløser barn ned til 29 uker. Stord sjukehus har bare «grønne» fødsler, så alle kvinner med risikofaktorer føder hos oss. Det betyr at vi har relativt mye patologi i forhold til antallet fødsler, så legearbeidet tilsvarer 2000 fødsler. Vi har fem fødestuer, og barselavdeling med både enerom, flermannsrom og familierom. Barselopiklinikken er i samme gangen, og nyfødtafdelingen rett rundt hjørnet for fødeavdelingen. Alt som har med kvinner og barn å gjøre ligger faktisk i samme etasje, og operasjonavdelingen og intensivsen er kun én etasje ned. Det er noe av gleden ved et lite sykehus!

Vi tilstreber mest mulig normale vaginale fødsler, og er blant sykehusene i Norge med lavest sectiofrekvens, bare 11 %, hvorav 7-8 % akutt og 3-4 % elektivt. Av de elektive utgjør fødselsangst/egget ønske ca. 20 %. Vi har en egen samtalepoliklinikk i regi av erfarne jordmødre for kvinner med fødselsangst, og oppnår at en del av kvinnene likevel våger seg på vaginal fødsel.

Operative forløsninger ligger på ca 12 %, likt fordelt mellom vakuumpump og tang. Alle legene behersker forløsning med vakuumpump, tang, tvillingforløsning og seteforløsning. Vi forløser drøyt 50 % av seteleiene vaginalt. Vi er opptatt av å holde kunnskapen om tangforløsning vedlike, da en av forutsetningene for å kunne forløse seteleie er å kunne legge tang på sistkommende hode. Vi mener tang er et trygt og godt forløsningsinstrument, selvfølgelig forutsatt at den brukes på riktig måte.

Det er fødepoliklinikk hver dag, i tillegg tar Føden unna mange polikliniske problemstillinger som «lite liv», spørsmål om vannavgang, preeklampsi etc.

Topp moderne endoskopistue



Kreftbehandling

Vi har nært samarbeid med Haukeland universitetssykehus (HUS) for utredning og behandling av gynekologisk kreft. Vi har de siste femten årene hatt ukentlige videomøter med Haukeland om våre felles kreftpasienter. Dette gir et smidig og effektivt samarbeid om denne pasientgruppen. Vi opererer selv corpuscancer st. 1, mens HUS opererer ovarial- og cervixcancer, og gir evt. stråling. Adjuvant og neoadjuvant cytostatika får de på onkologisk dagenhet som er felles for hele sykehuset. Vi tilstreber at oppfølging av cytostatikabehandling holdes på få hender, slik at pasientene opplever trygghet og kontinuitet.

Fertilitetsavdelingen har vært i drift siden 1985, og er landets fjerde største offentlige fertilitetsklinikk, og den største på Vestlandet, og regionsfunksjon for Rogaland. Vi tilbyr alle former for fertilitetsbehandling. I 2016 ble det utført 550 behandlingssyklus, og det oppnås 200-250 vellykkede svangerskap pr år. To av legene våre har fast tilknytning til «Fertiliteten» og følger parene gjennom hele utrednings- og behandlingsløpet.

Poliklinikken har 10 000 konsultasjoner i året: Fødepoliklinikk, rutineultralød, dia/fødepoliklinikk i samarbeid med indremedisiner, generell gynekologi, urogynekologi og fertilitet, og abortpoliklinikk.

Undervisning og fagutvikling

Vi har internundervisning to ganger i uka, og felles STAN-undervisning med jordmødrene annenhver uke. Annenhver uke er det fellesundervisning for alle leger på sykehuset. Vi har jevnlig tverrfaglig fellestrening på obstetriske akutsituasjoner som resuscitering av nyfødte, post-partumblødning og hjertestans hos mor. Vi trener jevnlig på fantomer, og bruker Johanne Kolvik Iversens «GetPro», et systematisk opplæringsprogram for palpasjon, forløsning og perineumstøtte. Vi har også en flott LapSim laparoskopisimulator med gynekologiprogrammer. Avdelingen har detaljerte prosedyrehåndbøker som oppdateres jevnlig og brukes aktivt.

Prosjekter

Vi har innarbeidet «Trygg fødsel» for seleksjon av riskofødsende, og «Sjekklister ved vaginal forløsning» etter modell av «Trygg kirurgi». I 2014 startet vi forbedringsprosjektet «Partus normalis» med fokus på riktig bruk av syntocinon. Både jordmødre og leger var entusiastiske, og vi oppnådde å redusere antall operative forløsninger med 30 %, fra 30 til 20 % i Robson gruppe 1 og 2, færre barn med lav Apgar, og altså flere normale fødsler. LiS-ene klager litt over at de får færre operative forløsninger, men det er en bivirkning vi kan leve med.

Forskning er det imidlertid dårlig med. Vi er som sagt en travel avdeling med få spesialister, og må prioritere det kliniske arbeidet.

Vi er derimot veldig flinke til å feste, og har de siste årene hatt temafest for legene før jul og sommer: Rock'n roll, meksikansk tema, film ... og kler oss ut deretter. Av og til må fornuften ta en liten pause, ellers blir den så sliten. Klaus Oddenes var et syn i Elvis kostyme. Han lager også omfattende og avansert quiz til hver fest. Vi blir klokere og klokere for hvert år som går.

Neste år står vi som arrangør av Vestlandske gynekologforenings årsmøte. Alle gode kolleger ønskes velkommen!

Vi utfordrer gynekologisk avdeling ved Sørlandet Sykehus Kristiansand til å presentere seg i neste nummer.

Intimkirurgi

Av Bjørn E. Rosenberg, leder for Norsk forening for estetisk plastikkirurgi

Temaet intimkirurgi har vist seg å vekke sterke følelser både i befolkningen og blant kolleger. Debatten har rast i media om etikk, kosmetikk, juss og kroppspress. Flere leger har uttalt seg i klare ordelag, og det har vært rettet harde skyts mot særlig privatpraktiserende plastikkirurger.

Kritikken har i hovedsak handlet om det man opplever som uetisk markedsføring av plastikkirurgiske inngrep, om at intimkirurgi er et unødvendig inngrep på friske kvinner og videre at grensegangen mot kjønnslemlestelse er uklar. Man får inntrykk av at mange mener at det er umoralsk at tilbudet om intimkirurgi i det hele tatt eksisterer.

Begrepet intimkirurgi er relativt nytt og brukes om alle ulike typer inngrep som utføres på eller i nær tilknytning til kvinners ytre genitalia. Det omfatter alle typer inngrep, uavhengig av indikasjon for inngrepet. Det vil si alle inngrep som utføres for å forbedre pasientens livskvalitet, både inngrep der siktemålet er å forbedre en redusert funksjon og inngrep hvor kosmetiske hensyn er avgjørende. Det vanligst utførte intimkirurgiske inngrepet er forminskning av de indre kjønnslepper, såkalt labiaplastikk.

Undertegnede, som leder av Norsk forening for estetisk plastikkirurgi, oppfattet grunnet den pågående debatten det nødvendig å se på dagens praksis, og om mulig lage en norsk konsensus for behandling av denne pasientgruppen.

Intimkirurgi har tradisjonelt vært dekket av det gynekologiske fagfeltet. Det var derfor naturlig å kontakte Norsk gynekologisk forening med tanke på en diskusjon om samarbeid om mulige retningslinjer. Jeg ble tatt vel i mot og invitert til et møte med styret i foreningen i fjor høst, og etter en konstruktiv og effektiv arbeidsprosess kom vi frem til et felles standpunkt for utøvelse av intimkirurgi i Norge. Konklusjonen publiseres i Tidsskrift for den Norske legeförening senere i år.

Labioplastikk er ingen ny behandlingsmetode, men det har vært et økende fokus på prosedyren både i Norge og internasjonalt de senere årene. I henhold til tall fra Helsedirektoratet ble det i 2016 utført totalt 517 kirurgiske prosedyrer som kan betegnes som intimkirurgi i Norge, hvorav 349 var labiaplastikker.

Et moment som særlig har vakt følelser i debatten er oppfattelsen av at intimkirurgi er en trend blant unge kvinner. Tall viser imidlertid at den største gruppen pasienter er over 30 år og at det således er voksne kvinner som får utført slik behandling. Mange er henvist fra fastlege til gynekolog for de etterhvert oppsøker det private helsevesen. Det er således grunn til å tro at dette for de fleste er et vel gjennomtenkt og godt motivert ønske.

I internasjonal litteratur finner man at omtrent en tredel av kvinner som søker reduksjon av størrelsen på de indre kjønnslepper oppgir funksjonelle plager og ubehag som motivasjon for operasjon. Videre oppgir omtrent en tredel at de ønsker behandling av estetiske grunner, mens en tredel oppgir en kombinasjon av disse hensyn.

Et mantra i debatten rundt intimkirurgi har vært at «alt er normalt» og at ingen kjønnsleppe er avvikende. Og det er ingen tvil om at det er riktig. Dog kan opplevelsen av normalitet variere sterkt, og motivasjonen for behandling kan oppleves like reell uavhengig av om utgangspunktet er innenfor normalvariasjonen.

Det finnes pasienter som har påviselig symptomatiske labia-asymmetrier eller fysisk plagsom labia-hypertrofi der det er medisinsk indikasjon for behandling. Og det finnes kvinner med normale ytre genitalia som opplever selvforakt og belastende situasjoner på grunn av sine kjønnslepper. Alle våre pasienter fortjener å bli tatt på alvor. Også selv om de er anatomisk like som kvinner som ikke



Bjørn E. Rosenberg

ønsker å la seg operere. Normalitetsbegrepet bør ikke nødvendigvis brukes som et argument mot behandling.

Å avfeie disse kvinnene som offer for markedsføringskrefter eller pengegriske kirurger fremstår ikke som riktig. Studier indikerer at kvinner som har gjennomført intimkirurgi er svært godt fornøyd med inngrepet, og behandlingen ser ut til å være til stor hjelp for kvinner der indikasjonen er god. Men som vi konkluderer i våre anbefalinger er det et særlig krav til alle behandlende leger om å utvise stor grad av etisk skjønn ved håndtering av slike problemstillinger. Yngre pasienter må håndteres med spesiell aktsomhet, og markedsføring må ikke spille på folks lyter eller fordommer mot normale kroppsfenomen.

Bjørn E. Rosenberg

Spesialist i plastikkirurgi, tidligere avd overlege ved Brannskadeavsnittet, Haukeland Universitetssykehus, nå i privat praksis, Leder av Norsk forening for estetisk plastikkirurgi



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

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/hub/journal/10.1111/\(ISSN\)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html](http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/(ISSN)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html) finner du fulltekst av artiklene samt presentasjoner i PowerPoint format. Vi håper dette vil vekke din faglige nysgjerrighet!

April 2017 | Volume 96, Issue 4

Risk factors for trachelectomy following supracervical hysterectomy. Acta Obstet Gynecol Scand.

Ziv Tsafir, Joelle Aoun, Eleni Papalekas, Andrew Taylor, Lauren Schiff, Evan Theoharis, David Eisenstein.

Introduction

We identified risk factors for trachelectomy after supracervical hysterectomy (SCH) due to persistence of symptoms.

Material and methods

A retrospective case-control study in a university-affiliated hospital. Seventeen women who underwent a trachelectomy following SCH for nonmalignant indications between June 2002 and October 2014 were compared with 68 randomly selected women (controls) who underwent a SCH within the same time period. Demographics and clinical characteristics were compared between the study and control groups. Univariate analysis identified potential risk factors for trachelectomy following SCH. Univariate logistic regression models predicted which patients would have a trachelectomy following SCH.

Results

The occurrence of trachelectomy following SCH during the study period was 0.9% (17/1892). The study group was younger than the control group (mean age 38 ± 6 years vs. 44 ± 5 years; p < 0.001). Patients who had a history of endometriosis [odds ratio (OR)

6.23, 95% CI 1.11–40.5, p = 0.038] had increased risk for trachelectomy. Pathology diagnosed endometriosis only among women in the study group. Preoperative diagnosis of abnormal uterine bleeding (OR 0.22, 95% CI 0.06–0.075, p = 0.016), anemia (OR 0.12, 95% CI 0.01–0.53; p = 0.003), and fibroid uterus (OR 0.24, 95% CI 0.07–0.82, p = 0.024) reduced the risk for future trachelectomy.

Conclusion

Young age and endometriosis are significant risk factors for trachelectomy following SCH.

Use of antenatal corticosteroids in special circumstances: a comprehensive review.

Everett F. Magann, Kjell Haram, Songthip Ounpraseuth, Jan H. Mortensen, Horace J. Spencer, John C. Morrison.

The aim of this study was to determine, in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes (PPROM), hypertension, intrauterine growth restriction, multi-fetal gestations and pregnancies 23–26 weeks and ≥34 weeks' gestation, whether antenatal corticosteroids benefit the fetus. Literature review using PubMed, Web of Science, Clinical trials.gov, Cochrane Database of Systematic Reviews (1990–2015). Search terms linked special circumstances with corticosteroids. Randomized clinical

trials, retrospective and prospective cohort studies, and case control studies were reviewed. In all, 468 abstracts were identified and 84 added from selected article bibliographies; of these, 503 abstracts were excluded, leaving 49 articles as the basis of review. The literature supports corticosteroids for PPRM up to 32–34 weeks without chorioamnionitis. Antenatal corticosteroids are beneficial for preterm infants of women with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets) syndrome/severe preeclampsia. Postpartum corticosteroid treatment of HELLP patients results in more rapid correction of liver enzymes, platelet counts, and urinary output, which can reduce maternal morbidity. Corticosteroids in twin pregnancies decrease respiratory distress syndrome but the effect is less than in singleton pregnancies. Corticosteroid effects on intrauterine growth restriction pregnancies are conflicting and steroid use should be individualized. Corticosteroid use for 23–26 weeks reduces neonatal mortality but not morbidity. In pregnancies of 34 weeks to 366/7 weeks, corticosteroids reduce respiratory distress syndrome, but follow-up studies are unavailable. No long-term adverse child developmental effects have been observed with one or two courses of corticosteroids, but three or more steroid courses lowers birthweight and organ weight, and there may be an increase in neurodevelopmental abnormalities. Longer follow up of corticosteroid-treated fetuses is required.

stillbirth, 14 for perinatal death, three systems included neonatal deaths and two included infant deaths. Most (27/31) were developed in and first tested using data obtained from high-income settings. All systems required information from clinical records. One-third of the classification systems (11/31) included information obtained from histology or autopsy. The percentage where cause of death remained unknown ranged from 0.39% using the Nordic-Baltic classification to 46.4% using the Keeling system.

Conclusion

Over time, classification systems have become more complex. The success of application is dependent on the availability of detailed clinical information and laboratory investigations. Systems that adopt a layered approach allow for classification of cause of death to a broad as well as to a more detailed level.

What is the impact of preconception abdominal cerclage on fertility: evidence from a randomized controlled trial.

Nicola J. Vousden, Jenny Carter, Paul T. Seed, Andrew H. Shennan.

Introduction

There is documented concern that cerclage may cause cervical stenosis or changes to the

cervical mucus, which may reduce fertility. The aim of this study is to determine whether placement of a preconception abdominal cerclage affects fertility.

Material and methods:

This was a planned subgroup analysis of a randomized controlled trial comparing abdominal cerclage, high vaginal cerclage or low vaginal cerclage. Women with a history of previous second-trimester miscarriage or preterm birth despite having a low vaginal cerclage, presenting to specialist preterm birth services in the UK, were eligible for inclusion. Only women randomized before conception were included in this analysis. Women randomized to abdominal cerclage had the surgery performed before conception (abdominal group). Women randomized to high or low transvaginal cerclage received it in the subsequent pregnancy (control group).

Results:

Abdominal cerclage was performed in 19 women and transvaginal cerclage in 48 women. Overall, there was no statistically significant difference between time to conception between the two groups (hazard ratio 1.34; 95% confidence interval 0.72–2.50, p = 0.35). Rates of conception at 6, 12, and 18 months were similar - 37% in abdominal group vs. 35% in control group at 6 months (relative risk 1.04; 95% confidence interval 0.52–2.10; p = 0.91); 58% in abdominal group vs. 42%

in control group at 12 months (relative risk 1.39; 95% confidence interval 0.84–2.31, p = 0.21); 74% in abdominal group vs. 56% in control group at 18 months (relative risk 1.31; 95% confidence interval 0.91–1.89; p = 0.15).

Conclusion:

This subgroup analysis of randomized data indicates that abdominal cerclage does not affect fertility rates.

May 2017 | Volume 96, Issue 5

Cause of and factors associated with stillbirth: a systematic review of classification systems.

Mamuda Aminu, Sarah Bar-Zeev and Nynke van den Broek.

Introduction

An estimated 2.6 million stillbirths occur worldwide each year. A standardized classification system setting out possible

cause of death and contributing factors is useful to help obtain comparative data across different settings. We undertook a systematic review of stillbirth classification systems to highlight their strengths and weaknesses for practitioners and policymakers.

Material and methods

We conducted a systematic search and review of the literature to identify the classification systems used to aggregate information for

stillbirth and perinatal deaths. Narrative synthesis was used to compare the range and depth of information required to apply the systems, and the different categories provided for cause of and factors contributing to stillbirth.

Results

A total of 118 documents were screened; 31 classification systems were included, of which six were designed specifically for

June 2017 | Volume 96, Issue 6

Surgery versus conservative management of endometriomas in subfertile women. A systematic review.

Jacob Brink Laursen, Jeppe B. Schroll, Kirsten T. Macklon, Martin Rudnicki.

Introduction

Endometriomas are present in up to 44% of all women with endometriosis and have a detrimental effect on fertility. However, it is controversial whether endometriomas should be surgically removed before assisted reproduction technology (ART). Our purpose was to evaluate whether surgical stripping of endometriomas in subfertile women improves the chance of a live birth. Secondary outcomes were impact on ovarian reserve and pain.

Material and methods

We conducted a systematic review and metaanalysis with results reported in

accordance to the PRISMA guidelines. Summary of findings table was developed using GRADE. We searched Medline and Embase. Two reviewers performed the screening.

Results

Out of 686 manuscripts we included one randomized controlled trial and nine retrospective cohort studies most of low quality. Odds ratio for live birth after surgery (compared with conservative management before in vitro fertilization (IVF)/ intracytoplasmic sperm injection (ICSI)) was 0.87 (95% CI; 0.64–1.18, six studies, I² = 3%; VERY LOW quality). The mean difference of antral follicle count was -2.09 (95% CI; -4.84 - +0.67, four studies). No difference was observed regarding antral follicle count between the two groups (MD -2.09, 95% CI -4.84 to +0.67, four studies, VERY LOW quality). Pain outcome was not reported in the included studies.

Conclusion

Very low quality evidence suggests no difference in odds ratio of live birth between women who underwent surgery for endometriomas before IVF/ICSI compared to conservative management. Further high quality studies are needed, but due to lack of convincing evidence favoring surgery we recommend considering conservative treatment if the only indication is subfertility.

Gynekologen anbefaler lesestoff med varierende grad av fagleg relevans

Denne gongen:

«The hitchiker's guide to the galaxy» av Douglas Adams

Av Ragnar Sande, redaksjonsmedlem

Etter forrige gong å ha befatta oss med sentral faglitteratur, flyttar vi oss denne gongen atter ut i det som må beskrivast som kursorisk pensum for gynekologar.

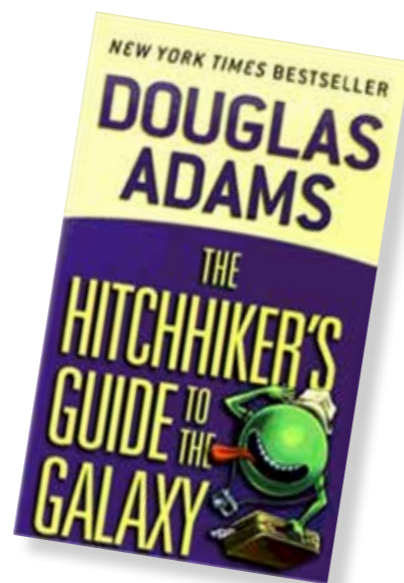
«The hitchiker's guide to the galaxy» (eller «På tommeltotten til Melkeveien», som den heiter i norsk oversetting ved Jon Bing) kom ut i 1979 og vart ein umiddelbar suksess. Science fiction var den gongen omtrent hundre år gammal som genre, og hadde i løpet av den tida klart å ta seg sjølv enormt høgtideleg. «The hitchiker's guide to the galaxy» kom som eit friskt pust der den harselerte med velkjende tema, eksponerte hyppige logiske bristar i genren og brukte klisjeane for alt dei var verd. Det kom etter kvart fleire oppfølgarar, som vart stadig meir dystre i takt med forfattarens dalande fysiske og psykiske helse, og mot slutten kan forfatterskapet knapt kallast humoristisk. Men i 1979 var «The hitchiker's guide to the galaxy» det morosamaste ein science fiction nerd kunne finne.

«Romskipa hang i lufta på same måte som murstein ikkje gjer det.»



Handlinga burde vere kjent for dei fleste, men vi oppsummerer: Jorda skal fjernast for å gjere plass til ein ny galaktisk motorvei, dei einaste overlevande er Arthur Dent, ein alminneleg tafatt engelskman, og Ford Prefect, opprinneleg frå Beteguese, reporter frå reiseguiden «The hitchiker's guide to the galaxy», som har vore stranda på jorda i femten år. Saman kjem dei seg unna rett før jorda blir fordampa, ved å haike med eit av konstruksjonsskipa som øydela jorda. Dei blir raskt oppdaga og kasta ut i verdensrommet, men vert redda av galaksens president, Zaphod Beeblebrox, i eit romskip han har stole (Dette var humor i 1979, då presidentar var kjende for ikkje å stele romskip. I 2017 er det vel ingen som ville letta eit augelok om ein president skulle finne på å stele eit romskip) saman med Tricia McMillan, britisk astrofysikar som forlot jorda seks månader tidlegare, og Marvin, den deprimerede roboten. Saman finn dei planeten Magrathea, der ein lever av å skreddarsy planetar til dei rikaste i galaksen. Det syner seg at jorda var ein slik skreddarsydd planet, laga for å vere ei datamaskin som skulle finne spørsmålet til svaret på livet, universet og alt i hop (svaret på livet, universet og alt i hop var 42, noko som ikkje utan vidare gav mening, derfor denne jakta på spørsmålet). Det kjem vidare fram at Noreg var designa av ein mann ved namn Slartibartfast, som mottok ein pris for det vakre fjordlandskapet.

Handlinga vert ustanselig punkttert av små anekdotiske fortellingar frå galaksen med varierende grad av relevans for hovudfor-



Ein skal ikkje skue hunden på håra. Bak dette usanssynleg lame omslaget finn ein eit av dei mest monumentale verka innan moderne britisk humor.

tellinga. Adams arbeidde på midten av 70-talet med Graham Chapman frå Monty Python, og det er denne lett absurde britiske humoren som gjennom-syrrar boka. Boka ber også preg av at den vart fyrst skreven som hørespel for BBC, handlinga slentrar i veg utan mål og mening, ofte med overraskande avstikkarar, som ein gynekolog på veg heim frå byen. Slutten heng fullstendig i lause lufta, forfattere fortel at det er fordi han på det tidspunktet hadde overskride så mange tidsfristar at forlaget sende eit sykkelbod som fysisk fråvrasta han manuset. Ikkje ulikt slik vi jobbar i Gynekologen.

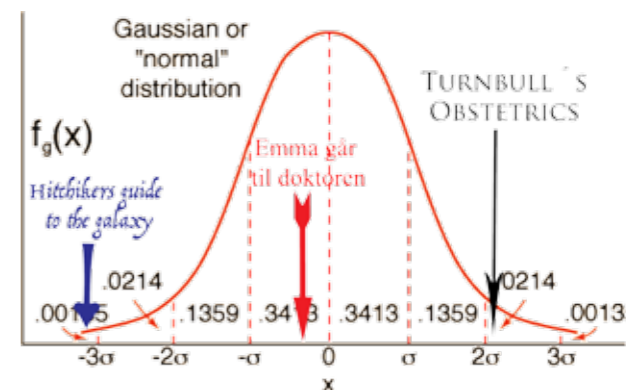
Den kliniske relevansen for gynekologar er så å seie ikkje til stades. I forhold til løftet i enqueten «...varierende grad av fagleg relevans» er vi vel her komne til det absolutte minimum (Figur 4). Det figurerer ikkje ein einaste lege i boka, langt mindre ein gynekolog, faktisk er alle legar på jorda

Slartibartfast fekk ein pris for sitt norske fjordlandskap, her ved Gløppefjorden. Salen (1320 m.o.h.) lengst til venstre. Vel verd ein pris.

« For dei som ennå har til gode å lese dette verket: Gled dykk! »

drepne innan utgangen av tredje kapittel. Det dukkar opp ein referanse til neurokirurgi, men det syner seg at det er Zaphod Beeblebrox som har gjort det på seg sjølv (ikkje noko vi i gynekologen stiller oss bak: Kjære lesarar; ikkje prøv dette heime!), og følgeleg må dette reknast for reint kvakksalveri.

Likevel vil gynekologen utan å nøle anbefale boka på det varmaste. Det er eit av dei sentrale verka innan nyare britisk humor, og har vore med på å løfte fram ideen at ingenting er for alvorleg til å spøke med, ikkje eingong science fiction. Dei fleste av Gynekologens lesarar har nok allerede denne i bokhylla; ta den ned og les den igjen. For dei få som enno har til gode å lese dette verket for fyrste gong: Gled dykk!



Normalfordelingskurve for fagleg relevans. Vi ser at Turnbull's Obstetrics er meir enn gjennomsnittleg fagleg relevant, medan «The Hitchhiker's guide to the galaxy» ligg meir enn tre standardavvik under gjennomsnittet, og såleis er det minst fagleg relevante verket vi har anmeldt så langt.

Nytt fra styret

Styremøte på Legenes hus i Oslo, 3. april 2017.

Jenny Alvirovic (redaktør Gynekologen) deltok i tillegg til styret. Under styremøtet hadde vi også besøk av Ameli Tropé (leder av livmorhalsprogrammet i Kreftregisteret) og Anne Cecilie Hallqvist (leder av kvalitetsutvalget).

Dette er noen av sakene som ble behandlet i siste styremøte:

Intimkirurgi: Styret i NGF har sammen med styret i Norsk Forening for Estetisk Plastikkirurgi utarbeidet en felles uttalelse vedrørende intimkirurgi. Det arbeides videre med en felles kronikk til Tidsskriftet over samme tema.

Høring vedr. læringsmål i ny struktur for spesialistutdanningen: Høringen er besvart innen fristen. Styret i NGF

arbeidet tett med spesialistkomiteen under utarbeidelsen av høringssvaret, og begge har levert sammenfallende høringssvar.

Elektronisk arkiv NGF: Styret i NGF har etablert et elektronisk arkiv for arkivering av styredokumenter som møteinnkallelser og referat etter styremøter samt aktuelle vedlegg, brev/uttalelser fra styret, høringsuttalelser, referater fra Generalforsamlinger, regnskap mm.

Økonomi: Foreningens økonomiske situasjon ble diskutert med utgangspunkt i diskusjonen på siste generalforsamling. Temaet kontinueres på neste styremøte.

Kolposkopi: Tropé er bekymret for kvaliteten ved utredning av cervixdysplasi, spesielt med hensyn til manglede bruk

av kolposkopi/kolposkopikompetanse. Det ble besluttet at temaet belyses i artikkel i Gynekologen og på nettsiden, og blir tema på PSL formøtet i forbindelse med årsmøtet.

Årsmøte 2017: Planlegging av det faglige programmet, annonsering og oppstart påmelding.

Årsmøte 2019 og 2020 skal bestemmes på årets generalforsamling. Styret håper på henvendelser fra kollegaer som ønsker å arrangere årsmøtet.

Neste styremøte avholdes mandag 12. juni 2017.

På vegne av styret i NGF, Marit Lieng

Velkommen til Stavanger og NGFs årsmøte 2017!



Kjære kolleger!

I skrivende stund begynner vinteren å slippe taket og påsken er tilbakelagt. Vel, forresten, vi fikk en dag med et flott vinterteppe rett etterpå. Men selv om værgudene kan fremstå noe forvirrende, så er det godt at noe er forutsigbart – nemlig at årsmøtet også vil finne sted i år som tidligere år.

Våren banker på døren, trærne har begynt å få utskudd, og blomster titter allerede frem. Selv om høsten heldigvis fortsatt er et stykke unna så er alle vi ved Kvinneklinikken klare for å ta imot dere kolleger til årets årsmøte. NGF og FUGO legger opp til et flott og spennende faglig program, og det sosiale kommer helt sikkert til å bli like upåklagelig.

Årets møte arrangeres ved Clarion Hotel Air, som ligger et steinkast fra flyplassen. Hotellet ligger like ved Solastranden, med flotte og landlige naturomgivelser. Hotellet er nytt og danner en fin ramme for noen spennende dager, både faglig og sosialt. Get-together blir like i nærheten allerede den første dagen, mens årsmøtemiddagen vil i tradisjonens ånd bli arrangert på hotellet.

Stavanger og Rogaland har mye å by på utenom dette og jeg håper flere vil utnytte helgen til å oppleve andre «highlights» som f.eks. Prekestolen, Kjerag, muséer, konserthuset og mye annet.

På vegne av Kvinneklinikken ved Stavanger universitetssjukehus, Norsk gynekologisk forening og Foreningen for utdanningskandidater i gynekologi og obstetikk – ønsker jeg dere alle hjertelig velkommen til NGFs årsmøte 2017 i Stavanger!

Med vennlig hilsen
Erik Andreas Torkildsen, Avdelingssjef Kvinneklinikken

PROGRAM NGF ÅRSMØTE Stavanger 2017

Onsdag 25. oktober

- 17.30-19.00: **Formøter**
- Norsk Urogynekologisk gruppe
 - FUGO
 - Praktiserende spesialisters Landsforening
 - Norsk Gynekologisk Endoskopiutvalg
 - Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi
 - Lederforum

- 19.30-23.00: **Get-together**

Early bird påmelding er før 31. august midnatt!

Abstrakt til årsmøtet sendes til Nils Halvdan Morken (nils-halvdan.morken@kk.uib.no) innen 15. august 2017. Bruk malen for abstrakt som er tilgjengelig på NGFs nettside.

Saker til generalforsamlingen og forslag til kandidater til NGFs hederspris og NGF/Bayers forskningspris sendes til Marit Lieng (m.lieng@online.no) innen 15. august 2017.

Torsdag 26. oktober

- 09.00-09.30 **Åpning av årsmøtet**
- 09.30-10.30 **Gynekologi og Obstetikk; et fag i endring**
Rolf Kirschner- Nestor og tidligere leder i Norsk Gynekologisk Forening
- 10.30-11.00 Pause
- 11.00-12.00 **Frie foredrag 1**
- 12.00-13.00 Lunsj/Lunsj Symposium
- 13.00-14.30 **Frie foredrag 2**
- 14.30-15.00 Pause
- 15.00-16.30 **Kunnskapsbasert medisin i klinisk hverdag:**
- forbedring av behandling,
 - evaluering av behandling,
 - randomiserte kliniske studier, tre sider av samme sak
- Pioneering in health care evaluation in the Netherlands
 - The Dutch Consortium for Healthcare Evaluation in Obstetrics and Gynaecology: Veronique van Dooren (Managing director of NVOG) and Maya Kruijt (General coordinator, Consortium Trialbureau)
 - The Swedish Network for National Clinical Studies within Ob/Gyn (SNAKS) Annika Strandell
 - Overlege Tone Løvvik St Olavs Hospital-PregMet 2
 - Overlege Kevin Sunde Oppegård: A randomised, controlled, non-inferiority trial in four clinics in Austria, Finland, Norway, and Sweden-, comparing clinical assessment with self-assessment of abortion outcome
- Discussion and questions from the audience.
- 16.30-17.00 Pause
- 17.00-18.30 **Generalforsamling**
- 19.30-01.00 **Årsmøtemiddag**

Fredag 27. oktober

- 09.00-10.30 **Perinatale hjerneskader**
- Prof. dr.med Jon Skranes, NTNU: «Tidlig hjerneutvikling og perinatale hjerneskader hos for tidlig fødte barn»
 - Førsteamanuensis, Overlege Guro Andersen, Leder CP registeret: «Cerebral parese -med fokus på forekomst og risikofaktorer hos barn født til termin»
 - Professor, Overlege Dag Moster, Universitetet i Bergen: *Neuroprotection -hvordan beskytte*
- 10.30-11.00 Pause
- 11.00-12.00 **Frie foredrag 3**
- 12.00-13.00 Lunsj/Lunsj Symposium
- 13.00-14.30 **Frie foredrag 4**
- 14.30-15.00 Pause
- 15.00-16.30 **Cyster og Svulster**
- Mette Skorstad, Sykehuset i Vestfold: «Diagnostikk og behandling av uterine leiomyosarkomer»
 - «Ovarial cyster»-en paneldebatt ved Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi, ledet av Kathrine Woie og Elisabeth Berge Nilsen.
I panelet: Gyn onkolog Johann Kippervik, Avdelingsoverlege/Gyn onkolog Tone Skeie Jensen, Generell gynekolog Anne Veddeng, Ultralyd gynekolog Daniella Rozsa.
- 16.30-16.45 **Avslutning**



Philosophiae doctor (PhD)
Norsk Gynekologisk Forening gratulerer

Marte Myhre Reigstad disputerte 18.11.16 ved UiO

Studien er en av få populasjonsbaserte studier på kreftrisiko blant kvinner som ble behandlet med assistert befruktning, og gir nyttig ny kunnskap til forskere innen feltet assistert befruktning og kreftrisiko.

De siste tiårene har man sett en økende forekomst av infertilitet, og nå rammes trolig så mange som et av ti par. Dette skyldes i all hovedsak at mange utsetter å få barn til senere i livet enn tidligere.



Marte Myhre Reigstad

f. 18.02.1979

Vokste opp i Dubai, på Britisk skole. Ferdig utdannet cand med fra UiO i 2004.

Fra 2012 til 2016 fulltidsstipendiat ved Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse og Krefregisteret.

Startet som lege i spesialisering fra 2006, først på Ringerike sykehus, deretter Akershus universitetssykehus, og kirurgi på Aker Sykehus.

LiS ved OUS Ullevål fra mars 2017.

Hovedgeskjeft bortsett fra jobben: familien, løping, strikking og gården i Sverige.

Antall kvinner som gjennomgår prøverørsbehandling har vært i stadig økning siden det første prøverørsbarnet ble født i Norge i 1984. Jeg har i min doktoravhandling Risk of Cancer after Fertility Treatment in Norway-Population-based studies on women treated with and children conceived by assisted reproduction sett på kreftrisiko hos kvinner som er behandlet med assistert befruktning i Norge, samt kreftrisiko blant barna deres. På grunn av at det å få barn beskytter mot enkelte kreftformer, har vi gjort separate analyser for kvinner som fikk barn etter assistert befruktning, og for de som forble barnløse etter denne behandlingen.

Data fra tre norske populasjonsbaserte registre ble brukt- Medisinsk fødselsregister, Krefregisteret og Reseptregisteret.

Kreftrisiko blant kvinner som ble behandlet med assistert befruktning var totalt sett ikke høyere enn blant ubehandlede kvinner. Men, enkelte kreftformer viste høyere forekomst hos kvinner som hadde gjennomgått assistert befruktning. Brystkreftrisiko var økt med 20%, spesielt blant kvinner som fikk barn etter prøverørsbehandling. Derimot hadde kvinner som forble barnløse etter assistert befruktning høyere risiko for eggstokkreft og livmorkreft. Blant barna var prøverørsbarn noe mer utsatt for å få blodkreft (leukemi) enn sine jevngamle men totalt sett hadde de ikke høyere risiko.

Tittelen på avhandlingen:

«Risk of Cancer after Fertility Treatment in Norway-Population-based studies on women treated with and children conceived by assisted reproduction»

Studien er en av få populasjonsbaserte studier på dette området, og gir nyttig ny kunnskap til forskere innen feltet assistert befruktning og kreftrisiko. Spesielt data om barnekreft etter assistert befruktning finnes det lite om på verdensbasis. Derimot har studien begrensninger i at den ikke kan avdekke om det er behandlingen i seg selv eller det å være ufrivillig barnløs som forårsaker de små økningene i risiko vi observerte.

Jeg og mine kollegaer konkluderer med at det stort sett er trygt å få behandling med assistert befruktning i Norge. Der man påviste risikøkninger er det snakk om få krefttilfeller i utgangspunktet, og en risikøkning vil svare til noen få ekstra tilfeller pr år.

Funnene gir ingen grunn til å fraråde bruk av assistert befruktning. Kvinner som har fått slik behandling, bør imidlertid få råd om å følge sedvanlige kreftforebyggende tiltak; unngå røyking og overvekt, spise sunt, og delta i screening programmer for kreft.

Derimot er det også viktig å understreke at på grunnlag av nevnte funn, bør disse kvinnene og deres barn observeres videre, også i årene som kommer.

mindray



Prøv en av våre mange modeller

DC-N3 Pro



DC-40



DC-60



DC-70



DC-8



Resona 6



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



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

Intuitivt 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

H60

HM70A

PT60A