

27-2
2014

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHold

■ Erfaringer fra DR Kongo s. 8 ■ Intervju med Jon Øyvind Odland s. 16 ■
Nye retningslinjer for screening mot livmorhalskreft s. 32 ■ Invitasjon til
årsmøtet i Trondheim s. 63





NYHET

Jeg har ikke tatt p-piller på
2 år, 3 måneder, og 4 dager

og jeg har vært mer enn 99% beskyttet mot graviditet hele tiden



Minispiralen Jaydess® ▼ (levonogestrel) beskytter mot
uønsket graviditet i opptil 3 år

- Lav hormondose – virker hovedsakelig lokalt.
- Tynn innføringshylse kan gjøre innsettingen enkel¹.
- Høy preventiv sikkerhet - Pearl Indeks 0,33

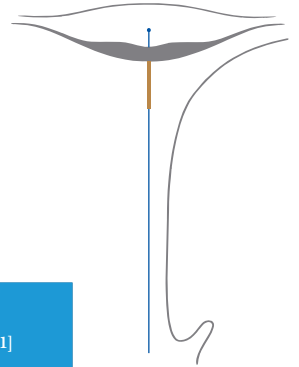
Jaydess er ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har født barn da klinisk erfaring er begrenset. Kvinner bør informeres om symptom på samt risiko for ektopisk graviditet ved bruk av spiral.

 jaydess®
LEVONORGESTREL



Gyne**FIX**[®] 200

Kopperkjedespiralen - designet til alle livmorstørrelser.



- Hormonfri prevensjon i 5 år – pearl index 0,48^[1]
- Høy toleranse > 93% bærer den etter 3 år^[1]
- Passer også den som ikke har født^[2] – øker ikke blødningsmengden^[1]

Ref. 1) 1. Wildemeersch D, Batár I, Affandi B, Andrade ATL, Wu S, Hu J, Cao X. The 'frameless' intrauterine system for long-term, reversible contraception: A review of 15 years of clinical experience. J Obstet Gynaecol Res 2003;29:160–169.

Ref. 2) "Precision intrauterine contraception may significantly increase continuation of use: a review of long-term clinical experience with frameless copper-releasing intrauterine contraception devices" International Journal of Women's Health 15. April 2013

Navamedic ASA
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 40
E-post: info@navamedic.com
www.navamedic.com

 Navamedic



GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening

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.

Ansvarlig redaktør

Agnethe Lund
Overlege, Helse Bergen HF
E-mail: agn.lund@online.no

Redaksjonsmedlemmer

Johanne Holm Toft
LIS, Stavanger Universitetssykehus
E-mail: johanne.holm.toft@gmail.com

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

Guri B. Majak
stipendiat, UiO
E-mail: gurifb@hotmail.com

Mariann Eidet
KK Sørlandet Sykehus Kristiansand
E-mail: mariann.eidet@sshf.no

Ragnar Sande
Stavanger Universitetssykehus
E-mail: ragnar.sande@gmail.com

Nettredaktør

Mette Løkeland,
Haukeland universitetssykehus, Bergen
E-mail: lokeland@gmail.com

Design/layout

Cecilie Rott
Centrum Trykkeri AS
E-mail: cecilie@centrum-trykkeri.no
Tlf: 94 00 04 73

Annonseansvarlig

Kjell O. Hauge
Akuttjournalen Arena AS
E-mail: koh@akuttjournalen.com
Tlf: 932 41 621

Forsidefoto

Ragnar Sande

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2014

nr 1; 1. februar
nr 2; 2. mai
nr 3; 1. September
nr 4; 1. oktober

Innhold

■ Redaktøren	6
■ Leder	7
■ Artikkel	
Erfaringer fra opphold i Kongo høsten 2013	8
Jon Øyvind Odland	16
Overgang fra sykehusavdeling til avtalepraksis	20
Gjeste forskningsopphold i Houston, Texas, USA	22
■ Nye retningslinjer	
Screening mot livmorhalskreft	25
Årsaker til svikt i screening og nye screeningstrategier	26
HPV og forstadier til livmorhalskreft og kreft	30
Celleprøvetaking fra Cervix	32
En forenklet kolposkopi guide	35
■ PhD	
Gene expression in ovarian carcinoma	41
Genetisk disposisjon for utvikling av preeklampsi	42
■ Kurs/kongress	
Vår møte 2014 - Tromsø	45
NKIR Forum	48
Strukturert opplæring i fødselshjelp - en pilot	49
Washington, Womens Health 2014	52
Kurs i gynekologisk endoskopi - Oslo	57
Annonsering av NFOGs fondsmidler	58
Annonsering av NFOGs PhD register	59
■ FUGO	
Leder	60
Gi kniven videre	61
FUGOs forkurs til NGF årsmøte i Trondheim	62
Årsmøte Trondheim	63
■ Debatt	
Skal vi fjerne kirurgåret fra vår spesialistutdanning?	64
■ Helt til slutt	
Gynekologen anbefaler bøker	66



27-2
2014



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk gynekologisk forening 2014-2015

Leder	Jone Trovik	Haukeland Universitetssykehus	jone.trovik@helse-bergen.no
Nestleder	Stine Andreasen	Nordlandssykehuset Bodø	stine.andreasen@online.no
Vitenskapelig sekretær	Marit Lieng	Ullevål Universitetssykehus	marit.lieng@ous-hf.no
Kasserer (PSL)	Arild Kloster-Jensen	Spes. praksis, Arendal	akloster@online.no
Sekretær (FUGO)	Elise Thoresen Sletten	LIS KK UNN Tromsø	elise.thsletten@gmail.com
Styremedlem	Tone Shetelig Løvvik	St Olavs Hospital	tone.Shetelig.Lovvik@stolav.no
Varamedlem (PSL)	Åsle Marit Ullern	BestHelse, Nordstrand	amar-u@online.no
Varamedlem (FUGO)	Helene Fjeldvik Peterson	LIS KK Ahus	helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com
Varamedlem	Nils-Halvdan Morken	Haukeland UiS og UiB	nils-halvdan.morken@kk.uib.no

- Agnethe Lund
- Overlege/Stipendiat, Helse Bergen HF
- agn.lund@online.no

Gynekologen i media



På slutten av 80-tallet var Mel Gibson et hett skuespillernavn. Da han gjestet det legendariske satireprogrammet "Saturday night live", fikk han rollen som gynekolog. Det ble gjort et poeng av den svært lange køen kvinner utenfor hans kontor. En mindre pen kollega i nabolokalet hadde ikke den samme pasientpågangen...

Dette er vel den eneste gangen jeg har sett gynekologisk undersøkelse fremstilt som noe attraktivt. Fagets intime karakter gir rikelig mulighet til å fremstille våre oppgaver i et humoristisk lys. Men oftest er det de alvorlige sakene som får spalteplass.

For hvordan fremstår gynekologer i media og i folks bevissthet? Dersom man googler ordet "gynekolog" får man 2 440 000 treff. "Fødselslege" gir 83 000 treff. Mange treff fører til chattersider og blogger. Kvinner er engasjerte i sosiale medier og omtaler egne opplevelser, avdelingens rutiner og noen ganger hver enkelt lege. Noen deler sine svært private erfaringer - derved formidler de noe om oss.

Et eksempel er komikeren Sigrid Bonde Tusvik, som filmet sin første fødsel. Jeg var skeptisk men ble sittende å se fordi programmet viste en helt normal fødsel, fra

begynnelse til slutt. Uten drama og uten å romantisere. Det var rett og slett nydelig! Et godt eksempel på hvordan media kan brukes til det gode for kvinnene.

Den senere tiden har vårt fag vært aktuelt i flere viktige samfunnsdebatter. Jeg nevner i fleng; abort, fosterreduksjon, barselomsorg, tidlig eller sen avnavling og selvsagt reservasjonsrett for fastleger.

Flere kollegaer har vært profilerte i media og man kan være enig eller uenig med dem. Jeg er uansett overbevist om at de har hatt en viktig rolle i diskusjonene, som den om abort. For hvem andre kan uttale seg om prosedyren enn vi som faktisk utformer metoder og utfører inngrep? Når noen er interessert i vårt virke gir dette oss en unik mulighet til å kommunisere med befolkningen. Våre innspill er viktige fordi det er vi som treffer de sårbare pasientene og samtidig kan opplyse debatten med medisinsk kunnskap.

Vi kan også bruke disse diskusjonene til egen bevisstgjøring. Samfunnets holdninger til faget vi forvalter blir tydeligere. Sterke meninger som kommer til overflaten kan være nyttige korrektiv for oss. Eller det kan bekrefte at vi handler i tråd med det pasientene trenger og det befolkningen ønsker.

Jeg kjenner ingen kollega som tiltrekker

pasienter som "gynekologen" Mel Gibson. Men vår spesialitet tiltrekker seg nysgjerrighet og journalistene har tidvis stått i kø på Jone Troviks telefonsvarer. Det skal vi være glade for. Ikke alle ønsker riksdekkende oppmerksomhet men har likevel behov for å uttrykke meninger. Alle er velkommen til å dele erfaringer og føre diskusjon i vårt medlemsblad. Det er en invitasjon!

I denne utgaven vies nye retningslinjer for cervixscreening stor plass. Her får vi en oversiktlig innføring i rutineene. Dette blir en stor omlegging som skal skje trinnvis. Les gjennom nå og vær forberedt, ta vare på bladet og finn oversikten når du trenger den.

Vi fortsetter vår intervjuserie og lar oss inspirere av Jon Øyvind Odland. Erfaringer fra reiser og internasjonalt helsearbeid er det flere kollegaer som deler; arbeidet de gjør imponerer. Vedlagt finner du også invitasjon til årsmøtet i Trondheim, det gleder vi oss til!

Ragnar Sande står for utgavens forsidefoto. Fruktblomstringen er et passende nasjonalromantisk motiv i jubileumsåret 2014. Med det ønsker vi alle en herlig sommer. Og se nøye etter, det er visst mer som vokser på trærne i dr. Sandes hage...

Kjære kolleger



Håper dere har hatt en god påske og går forsommeren i møte med liv og lys(t)!

Det er interessant hva man får henvendelser om som leder av NGF;

Legeforeningen har en stadig strøm av høringer med ulik grad av relevans - fra reservasjonsrett og kvinnehelse10 år etter kvinnehelsestrategien til revidert lov om anke til Trygderetten og forslag om oppheving av lov om forbud mot profesjonell boksing...

Foruten henvendelser fra ulike journalister kommer også forespørsler fra enkeltpersoner som for eksempel om røyking er skadelig for kvinners lubrikasjon (forøvrig vanskelig å finne forskningsbasert evidens på det selv om det umiddelbare svaret er at det sannsynligvis ikke er gunstig) eller om man har rett på å få penger tilbake for konsultasjon hos privat gynekolog som en ikke var fornøyd med.

Vel så interessant er derimot der vi IKKE blir bedt om å uttale oss men som vi hører om ad omveier. Som at Helse og Omsorgsdepartementet (HOD) ber Helsedirektoratet (HDIR) om å innhente kunnskap og vurderinger om forhold vedrørende fosterreduksjon. HDIR kom med sin uttalelse 27.03.2014 etter å ha holdt et møte 25.02.14 med "relevante fagmiljø" bestående av blant annet gynekologer. Men hvem som er blitt spurt eller hvem som faktisk deltok i dette relevante utvalget, står det ikke noe om i rapporten. NGF ble i

hvert fall ikke kontaktet for å bidra.

Tilsvarende er det også igangsatt en prosess mhp å vurdere dagens organisering av abortnemder. Her har HDIR henvendt seg til helseforetakene og bedt dem å utnevne representanter til dette. Jeg er utnevnt for Helse-Vest, derfor kjenner jeg til prosessen. Men jeg har også mulighet for å diskutere dette med NGF styret, og gjør det. Det er fint å kunne få innspill fra representanter fra ulike deler av landet og ulike deler av faget.

Vi i styret vil svært gjerne høre om det som pågår av slike prinsipielle saker som angår vårt fagmiljø. Kanskje er det også slik at noen av dere som blir oppnevnt i ulike komiteer/råd/utvalg har behov for å få innspill fra andre enn lunsjkollegaer? Ta gjerne kontakt! Mail er en veldig fin kontaktform, lettere å svare hjemme på kveldstid enn å ta telefonen mens en har poliklinikk eller opererer.

For øvrig takk til LOK ved Kvinneklinikken og Universitetet i Tromsø i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, som arrangerte Vår møtet 24.-25. April. Et godt og variert program som langt flere av de vel 45 deltagende gynekologer kunne hatt glede og nytte av å høre. Når vi arrangerer dette uten industritilknytning så er det for at LIS skal kunne få tellende kurs timer. Svært få unge kolleger deltok, er det fordi møtet ikke følte relevant, man har nok andre kurs som er nærmere arbeidsstedet eller får man ikke fri til å delta? Dette har vi bedt FUGO om å få respons på.

Ellers håper jeg å se mange av dere på NFOGs kongress i Stockholm i juni!

NGF'S REPRESENTASJON I STYRE/RÅD/KOMITEER

Stan-gruppen

Tore Henriksen, Branislava (Branka) MYli, Torunn Eikeland, Jørg Kessler, Berit Lunden Hustad

Laparoskopiutvalget

Christian H. Sørensen, Guri B. Majak, Jostein Tjugum, Merethe Ravlo, Stine Andreassen

Nettredaksjonen

Mette Løkeland

Gynekologen

Agnethe Lund (red), Irina Eide, Guri B. Majak, Mariann Eidet, Ragnar Sande

Kvalitetsutvalget

Rolf Kirschner (leder), Anny Spydslaug, Runa Aabø, Anne Dørum, Pål Øian

FUGO

Marte Myhre Reigstad, Olav Nordbø, Tiril Tingleff, Åsmund Mjøen Iversen, Helene Peterson, Silje Eilertsen Denstad, Johanne Holm Toft

NPE-komiteen

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

Andre relaterte instanser:

Spesialitetskomiteen

Trond Melbye Michelsen (leder), Jeanne Mette Goderstad (nestleder), Ingeborg Bøe Engelsen, Knut Hofft Kierulf, Hilde Sundhagen (PSL), Yngvild Skåtun Hannestad (vara), Marte Myhre Reigstad (LIS), Camilla Rørslett Kleveland (vara)

EBCOG (For 2012-2014)

Knut Hordnes, Martin Andresen (PSL/NGF), Rolf Kirschner (EXEC)

NFOG

Jone Trovik

Styret i NFOG

Leder: Anne Dørum (OUS)
Vara: Tone Skeie-Jensen (OUS)
Sekretær: Rita Steen (OUS)
Nestleder: Kathrine Woie (HUS)
Vara: Marta Eide (HUS)
Styremedlem: Solveig Tingulstad (St.Olav)
Vara: Elisabeth Ataya (St.Olav)
Kasserer: Anne Beate Vereide (UNN)
Vara: Anne Hanson (UNN)
Styremedlem: Bent Fiane (ikke UiS)
Vara: Jostein Tjugum (ikke UiS)

- Renate Häger
- Avdelingsjef føde og barsel, AHUS
- renate.haeger@gmail.com

- Bjørg Evjen-Olsen
- Overlege Dr. med. Sørlandet Sykehus, Flekkefjord
- bjorg.olsen@cih.uib.no

Erfaringer fra opphold i Kivu regionen, DR Kongo, høsten 2013

Høsten 2013 var vi flere norske gynekologer som reiste til Bukavu, Syd-Kivu provinsen i den østlige delen av DR Kongo. Vi kom dit opprinnelig uavhengig av, og uten å kjenne hverandre, men endte opp med å samarbeide en del av tiden vår der.

Renate Häger, avdelingsjef på avdeling for føde og barsel, på AHUS, fikk gjennom personlige kontakter fra et tidligere opphold i Tanzania, muligheten til å arbeide som gynekolog i tre måneder under sin overlegepermisjon, i Bukavu, Syd-Kivu, DR Kongo. Hun ble invitert av direktøren på et lite sykehus, CELPA (Communauté des Églises Libres de Pentecôte en Afrique), Dr. Sosthène Birhange (ortoped), som ønsket hjelp av en spesialist.

Bjørg Evjen-Olsen, overlege i gynekologi ved Sørlandet Sykehus, Flekkefjord, hadde sett en NRK dokumentar om Dr. Denis Mukwege ved Panzi sykehus i Bukavu og hans arbeide for kvinner som var utsatt for seksualisert vold. Hun fikk kontakt med ham via kjente, og hadde to måneder med permisjon til rådighet. Han inviterte henne til å komme og undervise, helst i praktisk og akutt obstetrikk.

Vi fikk kontakt med legen Ragnhild Gunnarshaug Rosland, som arbeidets som lege ved CELPA sykehuset i Bukavu og for Folkekirken Nødhjelp i Danmark. Vi fikk også vite om jordmor Ingeborg Madla fra SUS (bakgrunn fra mange år i Kamerun) via overlege og gynekolog Arne Heggheim,

og dermed hadde vi et team på fire som samarbeidet om Mama- og Neo-Natalie undervisningen. Videre kom vi i kontakt med Professor emeritus gynekolog Mathias Onsrud og hans kone Ellen, som også skulle til Øst Kongo for å åpne den nye fødeavdelingen på Kaziba sykehus, som de hadde finansiert og fått bygget. Nettverket inkluderte Panzi og CELPA, de lokale og regionale helsemyndighetene i Øst Kongo, Kirkens Nødhjelp, Pinsevennes Ytre Misjon (PYM), Lærdal Global Health (LGH) og SAFER i Stavanger.

Bukavu og Kivuregionen

Bukavu er hovedstaden i Syd-Kivu i Øst Kongo. Denne regionen er en del av Great Lakes regionen, som er den vestlige armen av den storslagne Rift Valley formasjonen. Landskapet er usedvanlig vakkert med sine frodige og fertile landområder, innsjøer, vulkaner og fjell. Byen ligger vakkert til ved sørenden av Kivusjøen, rett ved grensen til Rwanda, med flere halvøyer som strekker seg innover sjøen, på ca 1500 moh. På grunn av denne høyden er klimaet veldig behagelig. Byen er beskrevet i en reisefører som "The most scenic town in the whole of DR Congo", med sin blanding av gammel belgisk



Den Demokratiske Republikken Kongo med Syd Kivu provinsen og Bukavu

arkitektur, funkis hus fra 60 tallet, og nyere fantasifulle kråkeslott. Trafikken er kaotisk og sannsynligvis det mest farlige, her gjelder den sterkeste rett.

Byen har over en million innbyggere, og har opplevd en storstilt innvandring av interne flyktninger de siste 20 årene, på grunn av den kontinuerlige krigssituasjonen siden folkemordet i Rwanda. Man anslår at 4-5 millioner mennesker har mistet livet i Øst Kongo i løpet av disse årene. Det er en av verdens store glemte katastrofer. Mineralene



Samarbeidsmøte i hovedteamet- Fra venstre: Ingeborg Madla, Renate Häger, Bjørg Evjen-Olsen, Ragnhild Gunnarshaug Rosland, Christine Amisi

er muligens en av de største årsakene til denne langvarige konflikten, med nabostater, internasjonale forretningsforetak, og mange andre land, som har en interesse av å få tilgang til disse verdifulle forekomstene.

Nesten hver eneste familie har en historie om flukt og tap av familiemedlemmer. Mange har også opplevd at kvinner i deres egen slekt har vært utsatt for seksualisert vold. Denne problemstillingen er årsaken til innsatsen fra mange internasjonale bistandsorganisasjoner og fra MONUSCO (FNs styrker), som er tilstede med ca. 20000 tropper i området. Når man reiser utenfor Bukavu bør man henvende seg til informasjonssenteret til FN for å klarere sikkerheten dit man hadde tenkt seg. Mange av de områdene vi beveget oss i var klassifisert som røde soner sikkerhetsmessig.

Fransk, swahili og flere lokale språk, er de vanligste språkene i Kivu området. I denne delen av DRC er det kristendom (med jevn fordeling av katolikker og protestanter), islam (spesielt langs Tanganyika sjøen) og tradisjonelle religioner, som står sterkest. Kongolesisk sang, dans og musikk, med sine berømte rytmer og harmonier, er viden kjent i hele Afrika. De går rett til hjertet.

I denne settingen, til tross for så mye underliggende tap, sorg og motgang som befolkningen har opplevd, så har de en driv i seg til å overleve. Dette har resultert i at Øst Kongo er preget av en enorm entreprenør og kreativ «spirit». DR Kongo har i flere tiår vært en av drivkreftene for mote innenfor sko (lange spisse sko for mennene, som vi ble helt betatt av), kjølekreasjoner (som kopieres over hele Afrika) og musikk.

Helsetilbud i Bukavu

Det finnes to store og mange små sykehus i byen. De fleste er drevet av kongolesiske kirkelige organisasjoner med støtte fra deres europeiske moderkirker. De skal finansieres av staten også, men denne finansieringen er i realiteten ganske fraværende, slik at driften ofte er avhengig av personlige kontakter og evnen til å finne midler samt betalingen av pasientene. Noen få små sykehus er også helt private. Panzi sykehus er et av de to store i byen og er støttet av svensk pinsemisjon, i tillegg til at EU, USA, Kirkens Nødhjelp og mange andre støtter enkeltprosjekter knyttet til utfordringene rundt fistler og den seksualiserte volden, som dette sykehuset er blitt kjent for. Det andre store sykehuset støttes av den katolske kirken og er det offisielle regjeringssykehuset. Begge har medisinske fakultet knyttet til seg.

Det er ingen regulering av helsetilbudene fra helsemyndigheter. Sykehus og helsestasjoner kan tilby de tjenestene de ønsker. I byen er det for eksempel cirka 25 til 30 forskjellige sykehus/helsestasjoner hvor man kan føde. Ofte bestemmer prisen hva kvinnene velger. Det finnes dog et slags "helsedirektorat", IPS (Inspection Provinciale de la Santé), som skal ha overoppsyn med helsetjenestene.

Sykehuset CELPA

Dette er et lite sykehus som er drevet av den kongolesiske pinsekirken, støttet av den norske PYM. Støtten både fra CELPA og fra PYM har uteblitt en god stund og finansieres faktisk av pasientenes bidrag samt av gaver fra enkeltpersoner og tilfeldige organisasjoner.

Sykehuset har 60 senger for gynekologi/obstetikk, kirurgi, barnesykdommer og indremedisin. Det er 5 leger på hele sykehuset, hvorav én spesialist (ortopedi).

Sykehuset har en operasjonsstue og holder på å bygge en til. Det var ikke mulighet for røntgenundersøkelser høsten 2013, men sykehuset ventet et (brukt) røntgenapparat fra Australia. Det finnes et laboratorium for elementære undersøkelser. Bakteriologiske dyrkninger er ikke mulig, ved mistanke



Deltagere ved kurs på Kaziba sykehus. Bygningen i bakgrunnen var den nye fødeavdelingen som Professor Mathias Onsrud og hans kone Ellen har bekostet. De har tidligere bodd og arbeidet her som misjonslege og sykepleier. Vi fikk bruke denne til undervisningen før den ble offisielt innviet uken etter.

om kjønnssykdommer brukes det såkalte WHO "syndromic approach" som er vanlig i andre afrikanske land også. Antibiotika brukes i svimlende mengder. Cytologiske og histologiske undersøkelser gjøres kun unntaksvis, prøvene må da sendes til et av de to store sykehusene. Cytostatika- og strålebehandling er ikke tilgjengelig i hele øst Kongo, nærmeste mulighet er i Kampala.

Vann er mangelvare på sykehuset, som overalt ellers i byen (dyre hoteller unntatt), med tilsvarende konsekvenser for hygien. Strømmen kommer og går. Det finnes en generator som tas i bruk kun ved spesielle anledninger, for eksempel til ultralydundersøkelser som er lukrative for sykehuset. Konsultasjonene er da preget av hyppige avbrytelser pga. strømrubd og den tiden det tar å få generatoren i bruk.

Hver morgen er det andakt som varer ca. 20 minutter, slik det er på alle kirkelige sykehus. Religionen er mye mer ekspressiv enn det vi er vant til, ikke bare i pinsemenigheter. De daglige bønnene inkluderer alltid bønn for pasienter og for personalet og dets arbeid. Kongoleserne har imponerende sangferdigheter som også kunne beundres under sykehusets morgenandakt.

Pasientene betaler 8 USD for en konsultasjon hos spesialist, noe mindre for en konsultasjon hos "generalist". I tillegg betaler de 5 USD for en ultralydundersøkelse, som da forventes at en gynekolog gjør på så å si alle pasienter – ikke ulikt Norge. Pasientene betaler også

for medikamenter (inklusive det de får mens de er innlagt), laboratorieundersøkelser, operasjoner og fødsler.

Gynekologi og fødselshjelp på CELPA

Sykehuset har ca. 40 fødsler i måneden og ønsker flere, blant annet fordi det er en inntektskilde. De vil gjerne senke prisen, som for øyeblikket er 20 USD for en fødsel og 100 USD for et keisersnitt. Som smertestillende under fødsel brukes kun Buscopan. Utenom spontane vaginale fødsler gjøres keisersnitt, ingen andre operative forløsninger. HIV/Aids er ikke like utbredt som i noen av nabolandene, men har bidratt til at forløsninger med sugekopp har kommet i miskreditt. Dårlig utstyr (vakuumpumper der undertrykket skapes med en slags sykkelpumpe, altså uavhengig av strøm) har muligens også bidratt til det. Undervisning i forløsning med Kiwi kopper ble fulgt med stor interesse.

Operasjoner foregår med lys fra en pære som henger fra taket og med hodelykt – i tilfellet strømmen går. Det hender at man må bruke mobiltelefonens lys. Pasientene får Diazepam og Ketamin. Sistnevnte blir gitt under felles bønn, inklusive pasientens, helt til hun sovner. Ved keisersnitt og laparotomier er det lengdesnitt som brukes, selv om noen leger også behersker tilgangen med lavt tværssnitt. Forholdene tatt i betraktning – for eksempel dårlig lys - er det forståelig at lengdesnitt er standardmetoden.

Infertilitet er et stort problem i Kongo,

som i de fleste afrikanske land. Kvinner som ikke får barn – eller ikke mange nok barn – har en vanskelig status i familien og i lokalsamfunnet, og blir ofte forlatt av sine ektefeller. Mange av disse pasientene går til mange og forskjellige leger. Laparoskopi gjøres per dags dato ikke noe sted i Bukavu. Røntgen HSG og hormon- og sæd-analyser er ikke tilgjengelig på CELPA, pasientene må henvises til Panzi sykehus for dette.

Spesialistutdannelsen for gynekologi/obstetikk varer 5 år, koster 2000 USD per år, og man tjener nesten ingenting i denne perioden, man får kun et slags risikotillegg. Det er bare velhavende familier som har råd til å finansiere dette. Kollegene kunne nesten ikke tro at man i Norge får lønn under spesialiseringen, til og med lønn man kan leve av.

Det var blitt annonsert i kirken og i lokalradio at det skulle komme en "hvit" spesialist i gynekologi/obstetikk. Pasientene strømmet derfor til, langveisfra og med store forventninger. Mange av dem var godt voksne kvinner som hadde hatt vondt i mange år, vondt i magen, i epigastriet, i ryggen, i flankene - etter år med mange barnefødsler og mye hardt arbeid. Alle ønsket å få medikamenter. Man er en god doktor hvis man skriver resept på minst 3 medikamenter! Sykehuset har et gammelt ultralydapparat med kun en abdominalprobe. Det er begrenset hva man kan utrette selv om man er spesialist fra det rike Europa.

Panzi sykehus, Maison Dorcas og

Dr. Denis Mukwege

Panzi sykehus ble bygget i 1999 av Dr. Denis Mukwege, med støtte av svensk pinsemisjon. Det ble opprettet som en følge av den økende forekomsten av seksualisert vold i samfunnet etter krigene i 1994 og 1997. Sykehuset har siden ekspandert til ca. 400 senger og har tilbud innenfor alle de største spesialitetene. 200 av disse sengene er allokert til kvinner; gynekologiske tilstander, fødsler, kvinner med vesico/recto vaginale fistler, og pasienter som har vært utsatt for voldtekt.

Maison Dorcas ble grunnlagt for å hjelpe ofrene for seksualisert vold med en holistisk rehabilitering. De gir skrive- og lese-opplæring til analfabeter, juridisk-, helse-, traume- og psykologisk hjelp, i tillegg til mikro-lån.

Dr. Mukwege er gynekolog med utdanning fra Frankrike. Han er en utrettelig talsmann

for disse kvinnene og har mottatt en rekke internasjonale priser for dette engasjementet. Han har en personlig historie som er rørende og dramatisk, og var blant annet utsatt for et attentatforsøk høsten 2012 i sitt eget hjem. Hans vaktmann ble drept og familien rømte til Belgia for en tid. Han er nå tilbake på Panzi, men under konstant beskyttelse av FN soldater.

Vi fikk også med oss et par dager på fistelsenteret på Panzi, under ledelse av Dr. Mukanire, en sjelden fin gynekolog, med hjerte for kvinnene som kom hit. Det var svært rørende å se når han kommuniserte med dem; han gav dem en trygghet og godhet som fikk dem til å gå oppreist videre. Vi i Mama- og Neo-Natalie prosjektet, vil gjerne få takke spesielt Dr. Mukwege, for å ha invitert oss og lagt alt til rette for oss.

Lokal støtte og forankring

Den lokale forankringen var viktig med tanke på verdien av å implementere og følge opp undervisningsprogrammet i Mama- og Neo-Natalie. Helseministeriet, IPS, Église du Christ de Congo -ECC (en paraplyorganisasjon for alle protestantiske kirker i Kongo), Panzi, CELPA, Kirkens Nødhjelp og PYM gav oss uvurderlig støtte. Media fulgte opp med flere reportasjer, og vi ble gjenkjent mange steder i Bukavu. Sjefen på den lokale internet kaféen ble en av våre viktigste medhjelpere. Han skaffet oss alle slags kart, kontorhjelp, ordnet med DVD brenning av bilder og passet på at vi kom trygt hjem om kveldene.

Vi bodde på den svenske og norske pinsemisjons området i Bukavu. Det gav oss en trygghet å kunne ha en slik oase som base, og støtten fra både den nordiske og lokale staben var viktig for oss.



En simuleringstrening i Kaziba der både mor og barn får komplikasjoner. Foto Annemor Larsen/IVG Helg

Prosjektet "Training in Mama- and Neo-Natalie simulation models, South Kivu Province, DRC, 2013"

Ved ankomst til Bukavu, hadde Dr. Mukwege generøst stilt til rådighet både en bil og en fabelaktig sjåfør. Han ivaretok sikkerheten vår, spesielt når vi dro til røde soner der opprørerne var, og sørget for å oppmuntre oss med kongolesisk musikk, gode historier og et tusen stjerners smil. Mukwege hadde også bedt Dr. Christine Amisi ved Panzi om å være vår kontaktperson. Hun ble med oss, som den femte i teamet. Hun hadde allerede kontaktet helsemyndighetene i Syd-Kivu Provins, og de ba oss utvide til flere sykehus og områder innenfor de røde sikkerhetssonene. Dermed ble prosjektet større og dyrere enn planlagt, men nådde samtidig ut til mange flere i avsidesliggende krigsområder.

Vi la opp undervisningen med fire ledd: 1) WHO's partogram, 2) teknikker knyttet til postpartum blødninger ved bruk av fødesimulatoren MamaNatalie og 3) nyfødtafyski ved bruk av nyfødtsimulatoren NeoNatalie, og 4) simuleringsteknikker med scenarier relatert til komplikasjoner rundt postpartum blødning og nyfødt asfyksi utviklet av LGH i Stavanger. Det skriftlige undervisningsmateriellet "Helping Mothers Survive" og «Helping Babies Breathe» er utviklet av JHPIEGO (Johns Hopkins

University, USA). Disse to tilstandene er regnet som årsaker til flest dødsfall globalt i forhold til mødredødelighet og nyføddødelighet ved fødsel.

NeoNatalie undervisningsmateriellet ble bestilt fra Kina. Men MamaNatalie var ikke produsert på fransk enda, og vi fikk derfor tillatelse fra Lærdal til å bruke pdf filene og få alt materiellet trykket i Bukavu, med flott resultat! LGH og SAFER gjorde oss oppmerksom på at det var første gang kurset for MamaNatalie ble holdt på fransk, og at Mama- og NeoNatalie kursene ble kombinert i et simulerings program. Det var stor glede over at dette kunne finne sted i det krigsrammede Øst Kongo.

Forskning fra NeoNatalie modellen fra flere sykehus i Tanzania (blant dem Haydom) viser en reduksjon i perinatal mortalitet på ca 47% når helsepersonell opplæres og bruker dette kontinuerlig (ref Msemu et al.). En pågående studie ved Haydom ser også på effekten av MamaNatalie.

Vi utdannet først 22 instruktører/fasilitatorer fra 15 forskjellige sykehus i et 5-dagers kurs. Til sammen utdannet vi 360 helsepersonell fra 73 institusjoner med 10 to-dagers kurs fordelt på 5 forskjellige sykehus rundt i Syd Kivu provinsen. Helsepersonellet

var alt fra sjåførere, pleiemedhjelpere, jordmødre, leger, laboratorie-, operasjons- og anestesipersonell. Vi ønsket å inkludere alle som kunne få befattning med akutte fødesituasjoner. I to-dagers kursene var det instruktørene som underviste og vi var med som støttepersoner, slik at de skulle bli trygge på det å undervise. To deltagere kom også fra Kyeshero sykehuset i Goma, Nord-Kivu provins, og de fikk med seg et modell sett til å undervise videre. Vi kunne ikke reise dit på grunn av sikkerheten.

Alle fikk diplomer som var undertegnet av offisielle helsemyndigheter og Panzi. Vi la igjen 8 Mama- og Neo-Natalie fødesimulatorene på 8 forskjellige sykehus og 15 gjenopplivningsmasker for nyfødte på til sammen 15 sykehus. Instruktørene vil fortsette å bruke disse i undervisning. Alle 73 institusjoner fikk et sett med til sammen 3 plansjer med oversikt over teknikkene som de hadde lært, til å henge opp på sine fødeavdelinger. Alle deltagerne fikk undervisningsbøker for begge teknikkene.

Videre tanker

Helseministeren i provinsen, sammen med ECC, ønsket oss velkommen tilbake. Dr. Mukwege hadde bedt oss om å finansiere lokal transport, mat og overnatting for kursdeltagerne som kom langveisfra, siden der ikke var støtte fra helsemyndigheter til slike kurs. Vi fikk blant annet støtte fra venner, organisasjoner som Rotary, Lions, Soroptimistene, Skandinaviske Läkarkontoret i Sverige og NFOG. Senere fikk vi via Kirkens Nødhjelp i Bukavu, søkt om støtte hos NORAD. Vi har fått midler til både å dekke den første fasen høsten 2013 og til oppfølgings prosjektet i 2014, der to kongolesiske leger vil besøke alle institusjonene som var med og repetere kunnskapen og samle statistikk. Evaluering av dette vil avgjøre om vi muligens skal ta en ny omgang med undervisning i 2015.

Etter kurset var ferdig, fikk vi mange tilbakemeldinger på at instruktørene fortsetter å undervise på eget initiativ. En gynekolog under utdanning fra Panzi, Dr. Prince Imani, har allerede undervist 50 helsepersonell i avsidesliggende områder i Katana distriktet. Dette er midt inne i gruveområdene der opprørsgruppene råder. Dette gir mye håp.



Alle deltagerne fikk utdelt diplom som var signert av helsemyndighetene i Syd-Kivu provinsen og ledelsen ved Panzi sykehus- her utdeling ved fra venstre Ragnhild G Rosland, Bjørg Evjen-Olsen, jordmor Louise Kurembwa Tuta, Renate Häger og Ingeborg Madla



Fiskebåtene på Kivusjøen er bundet sammen tre stykker for å dra nytte av hverandre. Fiskerne synger takten når de ror innover om kvelden

Personlige betraktninger og sluttkommentarer

Vi ble svært rørt av og imponert over dedikasjonen som mange av helsepersonellet viste. Mange av dem arbeider mye alene, uten supervisjon, og med få ressurser. De bemerket at det var inspirerende å møte andre i samme situasjon og kunne utveksle erfaringer og støtte hverandre. Vi fikk også tilbakemeldinger på at de som hadde vært gjennom kurset, prøvde ut teknikkene på de neste vaktene sine og de kom tilbake gledesstrålende og fortalte at det hadde virket! Dette skapte enda større entusiasme hos oss alle.

For oss begge var dette vår første tur til DR Kongo. Selv om vi begge har bodd og jobbet i Øst Afrika tidligere, var dette en helt ny utfordring og erfaring for oss. Vi ble rørt av mange som vi møtte. Blant dem var Dr. Sosthène Birhange på CELPA sykehuset, som strever med å få til utbedringer.

Vi opplevde at mange kongolesere nok føler seg glemt i verden, og at de ofte var takknemlige for at noen utenfra interesserte seg for dem og deres utfordringer. Internasjonale universiteter er nesten ikke tilstede her, og det gir helsepersonell svært få muligheter til å oppnå økt kompetanse. Selv om det er i en konfliktzone, har vi en drøm om at universiteter fra de nordiske landene kunne gå inn med utvekslings og

samarbeids programmer her.

Tiden i Bukavu og Kivu var utrolig spennende, utfordrende, lærerik og opplevdes som et privilegium. Vi hadde mange øyeblikk der vi kjente på stor takknemlighet. Å sitte med en kopp kaffe på Hôtel Orchid i kveldingen, se utover den vakre Kivusjøen, for så å høre den taktfaste sangen fra fiskerne, idet de sakte, i nydelig rytme, tre og tre båter bundet sammen, for å dra nytte av hverandres krefter, kom innover mot land med fangsten sin - da var det et slikt øyeblikk der takknemligheten var overveldende.

Referanse:

Msembo G, Kidanto HL, Massawe A, Manji K, Rusibamayila N, Mmbando D, Mwizamuholya D, Ringia P, Ersdal HL, Perlman J. Newborn Mortality

and Fresh Stillbirth Rates in Tanzania After Helping Babies Breathe Training. *Pediatrics* peds.2012-1795; Published online January 21, 2013 (10.1542/peds.2012-1795)

Internet kilder:

MamaNatalie : <http://www.laerdal.com/us/mamaNatalie>

Helping Babies Breathe: <http://www.laerdalglobalhealth.com/doc/2482/Helping-Babies-Breathe>

Helping Mothers Survive: <http://www.laerdalglobalhealth.com/doc/2483/Helping-Mothers-Survive-Bleeding-After-Birth>

Panzi Hospital : <http://www.panzihospital.org>

CELPA : www.celpahospitalbukavu.org

Kivu konflikten: http://en.wikipedia.org/wiki/Kivu_conflict

Mineraler: <http://ipisresearch.be/mapping/>

Noen fakta om Kongo, 2011 (www.thestateoftheworldsmidwifery.com)

Total population:	68 mill
Number of women of reproductive age (19-49)	15 mill
Births per year:	3 mill
Literacy rate (age 15 and over, male, female %):	78/56
Total fertility rate (children per woman):	6
Prop. of births attended by skilled personnel (%):	74
Maternal mortality rate (per 100 000 live births):	670
Stillbirth rate (per 1000 births):	32
Noenatal mortality rate (per 1000 live births):	51
Under-5-mortality rate (per 1000 live births):	199

NUVARING® 
(etonogestrel/etinyløstradiol)

Gi jentene kontroll
med en månedlig
og enkel metode

NuvaRing®

(etonogestrel/etinyløstradiol vaginalring)¹

- 99% effektiv slik som kombinasjons p-piller, men man slipper å ta en pille hver dag²
- Bedre blødningskontroll enn p-piller (vs 30 µg EE/DRSP), og enkelt å forskyve menssen^{1,3}
- 96% av de som brukte Nuvaring var fornøyd!⁴

Utvalgt sikkerhetsinformasjon Nuvaring®

(For fullstendig sikkerhetsinformasjon henvises til preparatomtalen)

Kontraindikasjoner: Som for hormonelle prevensjonsmetoder som inneholder etinyløstradiol eller østradiol. For fullstendig oversikt over kontraindikasjoner se preparatomtalen.

Forsiktighetsregler: Effekten av hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres ved samtidig bruk av medikamenter som interfererer med cytokrom P450 enzym systemet i lever. Beskytter ikke mot HIV, AIDS eller andre seksuelt overførte sykdommer.

Bivirkninger: Magesmerter, kvalme, vektøkning, akne, nedsatt sexlyst.

Felles for all hormonell prevensjon: Før forskrivning bør det foretas en fullstendig medisinsk anamnese og måling av blodtrykk.

Før forskrivning av Nuvaring® se preparatomtalen

Tryggere bruk av p-piller

Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon. Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Ref: Statens legemiddelverk

Referanser: 1. SPC (Summary of Product Characteristics) Organon, Nederland, 17. juni 2013. 2. Ahrendt H-J, Nisand I, Bastianelli C, et al. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30µg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone. Contraception. 2006;74(6):451-457. 3. Milsom et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined oral contraception ring, NuvaRing, versus an oral contraception containing 30microgram ethinyl estradiol and 3mg drospirenone. Human Reproduction. Vol 21. 2006. pp2304-2311 4. Dieben. Efficacy, Cycle Control, and User Acceptability of a Novel Combined Contraceptive Vaginal Ring OBSTETRICS & GYNECOLOGY 2002;100/3: 585-593.

C NuvaRing "Organon"

Antikonsepsjonsmiddel

ATC-nr.: G02B B01

VAGINALRING 120 µg/15 µg: Hver vaginalring inneholder: Etonogestrel 11,7 mg, etinyløstradiol 2,7 mg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år.

Dosering: Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonsyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør tilleggsprevensjon (barrieremetode) brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migræne med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtrykksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon innebærer økt risiko for venøs tromboemboli (VTE) sammenlignet med ingen bruk. Risikoen varierer fra ca. 20 til 40 tilfeller pr. 100 000 kvinneår for kombinasjons-p-piller som inneholder hhv. levonorgestrel og desogestrel/gestoden. Dette kan sammenlignes med 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinneår for ikke-brukere, og 60 tilfeller pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Epidemiologiske studier viser inkonsistente resultater vedrørende risiko for VTE ved bruk av NuvaRing. Risikoen for VTE øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflattiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Epidemiologiske studier har også forbundet bruk av hormonell kombinasjonsprevensjon med økt risiko for arteriell tromboembolisme (hjerteinfarkt, forbigående iskemiske anfall). Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migræne, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Symptomer på venøs eller arteriell trombose kan innbefatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i beina, plutselig kraftig smerte i brystet, enten den stråler ut i venstre arm eller ikke, plutselig tungpustethet, hosteanfall, uvanlig kraftig hodepine, plutselig synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller afasi, svimmelhet, kollaps med eller uten fokale anfall, svakhet eller nummenhet som påvirker en side eller en del av kroppen, motoriske forstyrrelser, akutt abdomen. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt) og sigdcellesykdom. En økning i frekvens eller styrke av migræne (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hyper-

tensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulineresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs kolitt har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsiktet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symptomer på cystitt. Svært sjelden er det rapportert at ringen har festet seg i vevet i vagina og måtte fjernes av helsepersonell. Vaginitt kan forekomme. Det er ingen indikasjoner på at effekten av NuvaRing påvirkes av behandling for vaginitt eller at selve ringen påvirkes av slik behandling.

Interaksjoner: Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogen kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetrasykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin).

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjons-hormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. *Amming:* Østrogen kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. *Fertilitet:* Etter seponering av NuvaRing bør en vente til første naturlige menstruasjon før en forsøker å bli gravid. Det gjør det lettere å beregne når babyen kan forventes.

Bivirkninger: *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginale infeksjoner. Kjønnsgener/bryst: Smerte i bekkenet, ømme bryster, genital kløe, dysmenoré, vaginal utflod. Neurologiske: Hodepine, migræne. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Undersøkelser: Vektøkning. *Øvrige:* Ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hjerte/kar: Hetetokter. Hud: Alopesi, eksem, kløe, utslett. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Cervisitt, cystitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsgener/bryst: Amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystspreg, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektopi, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, kramper i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginalt ubehag, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Neurologiske: Svimmelhet, hypoestesi. Nyre/urinveier: Dysuri, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Forhøyet blodtrykk. *Øye:* Synsforstyrrelse. *Øvrige:* Tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødemer, følelse av fremmedlegeme. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Hjerte/kar: Venøs tromboembolisme. *Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:* Hud: Urticaria.

Egenskaper: *Klassifisering:* Lavdosert østrogen/gestagen monofasisk kombinasjonspreparat. Ringen frigir gjennomsnittlig 120 µg etonogestrel og 15 µg etinyløstradiol per 24 timer. *Virkningsmekanisme:* Undertrykkelse av ovulasjonen. *Absorpsjon:* Rask absorpsjon fra vaginalslimhinnen. Maks. serumkonsentrasjon: Etonogestrel ca. 1 uke, etinyløstradiol ca. 3 dager. Absolutt biotilgjengelighet: Etonogestrel ca. 100%, etinyløstradiol ca. 56%. *Fordeling:* Distribusjonsvolum: Etonogestrel ca. 2,3 liter/kg, etinyløstradiol ca. 15 liter/kg. *Halveringstid:* Etonogestrel: Ca. 29 timer, plasma-clearance ca. 3,5 liter/time. Halveringstid for metaboliittskillelsen ca. 6 dager. Etinyløstradiol: Ca. 34 timer. Plasma-clearance ca. 35 liter/time. Halveringstid for metaboliittene ca. 1,5 dag. *Utskillelse:* Via urin og galle.

Oppbevaring og holdbarhet: Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder.

Pakninger og priser: 3 stk. kr 310,80.

Sist endret: 19.06.2013



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, telefon 32 20 73 00, telefaks 32 20 73 10, www.msd.no.

Copyright © 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. WOMN-1081649-0013 10/13

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

Jon Øyvind Odland

– Gynekolog som brenner for global helse

Klinisk praktiserende gynekolog, professor i samfunnsmedisin og internasjonal helse ved Helsefakultetet, Norges Arktiske Universitet i Tromsø, president i International Union for Circumpolar Health (den sirkumpolare helseunion), leder og medlem av flere programstyrever i Det Norske Forskningsråd, Senterpartipolitiker og klassisk musiker, - alt dette og mye mer er Jon Øyvind Odland fra Bodø.



Jon Øyvind Odland

En kan treffe Jon Øyvind på Gynekologisk senter i Bodø, hvor han tar seg av pasientene sine. Neste dag ser du ham syklende til

Bodø flyplass for å ta et tidlig fly til Tromsø hvor han skal undervise medisinstudenter, forske og ta seg av sine stipendiater. Noen dager senere har du gode sjanser for å møte ham på Gardermoen eller Heathrow på vei til forskningsoppdrag i Russland eller i Malawi.

Heldigvis får vi det til med et møte etter en lang og travel arbeidsdag. Mens vi sitter og snakker sammen på en koselig kafé i Bodø ringer en av Jon Øyvinds pasienter. Hun kommer straks med en liten flaske. I den har hun morsmelkprøven til forskningsprosjektet om de nye miljøgifter. Da begynner jeg å forstå hvordan Jon Øyvind får alle hjulene til å gå rundt, - han har ikke mer enn 24 timer i døgn, men han bruker

tiden intenst og elsker å ha mange baller i luften.

Hvordan startet dine forskningsinteresser?

- Interessen for forskning startet da jeg jobbet i Kirkenes. Det var min første jobb som gynekolog etter avsluttet spesialistutdanning i Tromsø i 1989. På den tiden var det mye snakk om forurensing fra fabrikkene på Kola, spesielt fra nikkerverkene. Svoel fra verket i Nikel svidde av skogen langt inn på norsk side. Man trodde at økt antall medfødte misdannelser i området var knyttet til dette, uten at det forelå bevis. Interessen min ble vekket og Nikel - Sør Varanger undersøkelsen ble satt i gang. Vi samlet 600 placentaer samt blod og urinprøver. Det var spennende tider, - perestrojka, - Russland ble et mer åpent land og jeg reiste fritt over

grensen med placentaer i vesken. Russiske grensevakter hilste på meg med et smil og ristet litt på hodet, - her kommer "the crazy Norwegian man" med sine rare saker i bagasjen. Nå er det både lovregulering og harde etiske krav til eksport av biologiske prøver.

Vi fant ingen forskjell i antall misdannelser på de to sider av grensen, men det viste seg blant annet at økt blykonsentrasjon i mors blod påvirket fødselsvekt i negativ retning. Imidlertid fant vi høyere blodnivåer av kadmium hos norske gravide sammenlignet med sine russiske naboer, sannsynligvis på grunn av røyking, som på den tiden var mer vanlig hos norske gravide. Disse funn ble dårlig mottatt på den norske siden av grensen. Man skulle bevise pikant elendighet på den andre siden! Dette prosjektet

Man kan ikke drive med forskning og helseprosjekter i et land man ikke er genuint interessert i. Først og fremst bør du forstå mennesker som bor der og bli glad i dem, ellers blir alt du gjør lite verd.



Feltarbeid i Andesfjellene. Jon Øyvind på hesteryggen.

la grunnen til doktorgradsarbeidet om effekter av miljøgifter på barnets fødselsvekt. Avhandlingen ble forsvart ved Universitetet i Tromsø i 2000.

Du har en spesiell interesse for Russland og har reist og sett mer av Russland enn mange russere. Hvordan har den interessen oppstått?

- Den startet tidlig. Jeg begynte å lese Dostojevskij som 11 åring. "Mesteren og Margarita" av Mikhail Bulgakov er en av mine favorittbøker. Jeg liker russisk klassisk musikk, - Prokofjev og Sjostakovitsj er mine favorittkomponister.

En gang reiste jeg gjennom Russland med den transsibirske jernbane. Nå reiser jeg dit flere ganger i året, men kun i forbindelse med forskningsprosjekter, - det blir lite tid til private besøk.

Tidlig på 90-tallet, mens jeg jobbet med Nikel - SørVaranger undersøkelsen, fikk jeg venner for livet og forskningspartnere i Russland, blant annen Valery P. Chaschin, nå professor ved Sankt Petersburg statlige medisinske Metsjnikov akademi, men fortsatt en gammel venn fra Kola. Vi forsker på mor- og barn helse knyttet til miljø og klimaendringer i fire hovedområder i det nordlige Russland; Kola, Nenets, Tajmyr og Tsjukotka. Dette er en del av det arktiske samarbeidet (via Arktisk råd) mellom Alaska, Grønland, Færøyene, alle nordiske land, Russland og Canada som involverer helsemyndigheter og

universitetsinstitusjoner i alle arktiske land. Dette prosjektet har nå også forgreninger på den sydlige halvkule; i Sør-Afrika, Latin-Amerika, Australia, India og Vietnam.

Professor Babill Stray-Pedersen har også hatt forskningsinteresser i Russland. Har du samarbeidet med henne?

- Ja, jeg har flere felles forskningsprosjekter med Babill og vi har skrevet en artikkel sammen om virusinfeksjoner blant gravide i St. Petersburg. Babill har lidenskap for fint håndarbeid. Jeg har mistet noen flyavganger

mens jeg ventet på at hun skulle studere miniatyrmalinger med forstørrelsesglass på russiske flyplasser, - smiler Jon Øyvind.

Hva er planene dine for nærmeste framtid?

- Hovedinteresser ligger i Malawi nå. Min forskningsgruppe har nylig fått tildelt midler fra Norges Forskningsråd for et prosjekt med det sentrale målet å bedre helsen til HIV-positive barn i Malawi og Zimbabwe. Barn av HIV-positive og AIDS-syke foreldre er et stort og økende problem i Afrika nå, en ny «tapt generasjon». Foreldrene er oftest døde og barna er etterlatt for seg selv med alle sosiale- og helseproblemer som følger med. Mange av dem utvikler tuberkulose, som er en trist og alvorlig senfølge av HIV-epidemien. Jeg skal også jobbe med et utdanningsprogram i Malawi, - opplæring av leger og jordmødre. Jeg er overbevist om at en god utdanning og opplæring av helsepersonell er mye viktigere enn å bare sende penger. Man kan ikke drive med forskning og helseprosjekter i et land man ikke er genuint interessert i. Først og fremst bør du forstå mennesker som bor der og bli glad i dem, ellers blir alt du gjør lite verd.

Du er et uvanlig energisk menneske med mange jern i ilden og stor



Feltarbeid i Kina. Kvinnen alltid i sentrum, - Jon Øyvind sammen med flere internasjonale epidemiologer og gynekologer fra et ekspertpanel for å starte en mor-barn kohort i Shanghai.



Arctic health session, januar 2014. Jon Øyvind sammen med Bent Høie og Jutta Wark.

gjennomføringskraft. Har du en skjult energikilde? Ligger hemmeligheten i din familie? Fortell om din oppvekst og familien din.

- Jeg kommer fra Suldal i Ryfylke. Min far var en lærer. Mor var hjemme og passet på oss barna. Jeg har en søster som også har valgt læreryrket. Min kone er utdannet anestesisykepleier og arbeider som universitetslektor i Bodø. Vår datter er nyutdannet lege og forsker i Trondheim, med interesse for internasjonale forhold som sin far. Hun har også et godt språkøre, og har lært seg noen språk gjennom studiet, blant annet et afrikansk stammespråk (chichewa) som kommer godt med i det sørlige Afrika. Vår sønn er profesjonell musiker, med gitar som hovedinstrument. Interessen har endret seg fra det klassiske til hans nåværende store interesse for jazz og Django Reinhart. Han bor i Nederland og har neppe planer om å flytte hjem. Jeg håper selvsagt det, men ser betydningen av et godt fagmiljø.

Hva er dine egne musikkinteresser?

- Jeg er utdannet som klassisk pianist i

Stavanger, mens jeg gikk på gymnaset. Gjennom studietida i Trondheim var jeg repetitør ved Trøndelag teater (preklinikken tok jeg i Bergen). Senere har jeg vært styreleder i Nordland Musikkfestuke i Bodø i 10 år, leder for Musikkteater i Bodø og dirigent for Bodø-oktetten i 12 år. Vår største oppsetning i musikkfestuka i min tid var full Aida-forestilling i Nordlandshallen. Den gang hadde vi ikke Nordnorsk symfoniorkester, så vi leide halve orkesteret fra Marinskij-teateret i St. Petersburg.

Du har vart vararepresentant for Senterpartiet i Stortinget i to perioder. Er du like engasjert i politikken nå?

- Det stemmer. Jeg har vært både stortingsrepresentant og lokalpolitiker i Bodø som leder for komiteen for plan, næring og miljø i bystyret. De siste årene har jeg vært mindre aktiv som politiker. Livet handler om prioriteringer og jeg velger å bruke mer tid på mine hovedinteresser som er internasjonal miljøforskning og

global helse. Dessuten er det skuffende å se en del av utviklingen i politikken nå, når de mest markante politikere tenker mer på å profilere seg selv enn på de virkelige politiske saker.

Familien har fritidshus i Lofoten. Har du tid til å bruke det?

- Ja, iblant har jeg tid til å trekke meg tilbake ditt sammen med familien. Nå i påsken skal vi reise til vårt lille helgeparadis på Ure.

Hva er ditt budskap til Gynekologens lesere?

- Følg dine interesser, gå dine egne veier. Det kan ta mer tid enn å gå langs opptrukne spor, men du oppnår mye mer med det. For meg er kombinasjonen av klinisk arbeid og forskning en livsstil. Mine hovedinteresser er innen global helse. Hjertet ligger nok igjen i Russland. Jeg kan være uenig i mye som skjer politisk. Men jeg kan ikke la det ødelegge for de gode vennskap.

Helsedirektoratet anbefaler mer bruk av langtidsvirkende prevensjon!¹

Faktisk størrelse:
4cmx2mm

En prevensjonsstav i armen kan være løsningen!

Tilby henne langtidsvirkende, østrogenfri og brukeruavhengig prevensjon i opp til 3 år!

Nexplanon må bli fjernet etter 3 år og kan da samtidig bli erstattet av et nytt Nexplanon implantat, hvis ønskelig.

Helsesøstre og jordmødre kan sette inn p-stav som en delegert oppgave fra legen, basert på helsepersonelloven §5. Kun lege har forskrivningsrett.²

For mer informasjon og video se nettside: www.nexplanon.no

Før forskrivning av Nexplanon® vennligst se preparatomtalen

Viktig sikkerhetsinformasjon

- Det er viktig med opplæring i innsetnings- og uttaksprosedyrer før metoden tas i bruk. Slik opplæring kan gis i regi av MSD.
- Det er viktig å informere om at blødningsmønsteret vil kunne endre seg etter at metoden er tatt i bruk.

Se preparatomtalen for ytterligere informasjon.

Nexplanon «Organon»

Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A C08

IMPLANTAT 68 mg: Hvert implantat inneholder: Etonogestrel 68 mg, baryumsulfat 15 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonseptjon. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner mellom 18 og 40 år. **Dosering:** Graviditet skal utelukkes før implantatet settes inn. Ett implantat settes inn subkutant mellom 1. og 5. dag i menstruasjonssyklus. Ved bytte fra annen prevensjon eller etter abort/fødsel, se SPC/pakningsvedlegg. Implantatet skal fjernes/byttes etter 3 år. Innsetting og uttak bør kun gjøres av lege som er kjent med prosedyrene. **Administrering:** Settes inn s.c. Bør kun settes inn og tas ut av lege som er kjent med innsetnings/uttaksprosedyrene, se pakningsvedlegg. Leger som har liten erfaring med teknikken rådes til å tilegne seg denne under tilsyn av en mer erfaren kollega, ev. ta kontakt med den lokale forhandleren. **Kontraindikasjoner:** Aktiv venøs tromboembolisk sykdom. Kjente eller mistenkte kjønshormonsensitive ondartede tilstander. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Udiagnostisert vaginalblødning. Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før innsetting eller gjeninnsetting foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieanamnese). Ny legekontroll inkl. blodtrykkmåling og kartlegging av ev. bivirkninger anbefales 3 måneder etter innsetting. Risikoen for brystkreft er ikke fastlagt, men kan være sammenlignbar med den som assosieres med kombinasjonspiller. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Implantatet bør tas ut dersom trombose oppstår. Uttak bør også vurderes ved kirurgiske inngrep eller langvarig immobilisering. Dersom vedvarende hypertensjon utvikles eller signifikant økning av blodtrykket ikke svarer tilstrekkelig på antihypertensiv behandling, bør bruk av implantatet avbrytes. Ved akutte eller kroniske leverfunksjonsforstyrrelser bør kvinnen henvises til spesialist. Endret blødningsmønster (uregelmessige blødninger/endringer i blødningsintensitet eller varighet) er sannsynlig under bruk. Amenoré er rapportert hos ca. 1 av 5 kvinner, mens 1 av 5 andre kvinner rapporterte om hyppig og/eller forlenget blødning. Evaluering av blødning bør foretas ved behov og kan inkludere undersøkelse for å ekskludere gynekologisk sykdom eller graviditet. Ektopisk svangerskap bør tas i betraktning som differensialdiagnose ved amenoré eller buksmerter. Chloasma kan forekomme. Implantatet kan støtes ut dersom det ikke settes inn riktig eller ved en lokal betennelsesreaksjon. Kvinner som behandles med leverenzyminduserende legemidler bør bruke tilleggsprevensjon. Kvinner som står på langtidsbehandling med legemidler som inducerer leverenzym bør rådes til å bruke en ikke-hormonell prevensjonsmetode. **Interaksjoner:** Leverenzyminduserende legemidler kan gi økt clearance av kjønshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, rifampicin, ritonavir, neflavirin, nevirapin, efavirenz og muligens også okskarbazepin, topiramat, felbamat, griseofulvin og naturlegemidlet johannesurt. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Er ikke indisert ved graviditet. Dersom graviditet

oppstår skal implantatet fjernes. **Amning:** Utskilles i morsmelk i små mengder, men basert på tilgjengelige data kan implantatet brukes under amning. Produksjon og kvalitet av brystmelk påvirkes ikke. **Bivirkninger:** Endringer i blødningsmønster (blødningsrekvens, intensitet eller varighet) må forventes. **Svært vanlige (≥1/10):** Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginal infeksjon. Kjønnorganer/bryst: Ømme bryst, brystsmerte, uregelmessig menstruasjon. Neurologiske: Hodepine. **Undersøkelser:** Vektøkning. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, flatulens. Hjerne/kar: Hørselhearing. Hud: Alopeci. Kjønnorganer/bryst: Dysmenoré, ovariecyster. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske: Nedstemthet, affektabilitet, nervøsitet, nedsatt libido. **Stoffskifte/ernæring:** Økt appetitt. **Undersøkelser:** Vektreduksjon. **Øvrige:** Smarter på implantasjonsstedet, reaksjon på implantasjonsstedet, tretthet, influensalignende sykdom, smerte. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Oppkast, forstoppelse, diaré. Hud: Hypertrikose, utslett, kløe. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Faryngitt, rhinitt, uriveisinfeksjon. Kjønnorganer/bryst: Genital utflod, vulvovaginal ubehag, galaktoré, forstørrede bryster, genital kløe. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, artralgi, myalgi, muskelskjelettsmerter. Neurologiske: Migræne, sømnløshet. **Ukjent frekvens:** Økt blodtrykk, seboré, anafylaktiske reaksjoner, urticaria, (forverring av) angioødem og/eller forverring av arvelig angioødem. Innsetting eller fjerning av implantatet kan gi blåmerker, mild lokal irritasjon, smerte eller kløe, fibrose på innstikkstedet, arddannelse eller utvikling av en abscess. Parestesier eller parestesilignende hendelser, utstøtning eller forflytning av implantatet. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Røntgentett, ikke nedbrytbar, bøyelig implantat (4 cm langt og 2 mm i diameter) som er forhånds-ladet i en steril engangsappikator. **Virkningsmekanisme:** Frigjør ca. 60-70 mikrogram etonogestrel pr. døgn de første ukene, avtagende til 25-30 mikrogram pr. døgn ved slutten av det 3. året. Gir ovulasjonshemming og påvirker cervixsekretet slik at det blir mindre gjennomtrengelig for spermier. Preventiv effekt minst like god som for kombinasjonspiller. **Absorpsjon:** Ovulasjonshemmende konsentrasjoner nås etter 1 døgn. Maks. serumkonsentrasjon etter 1-13 dager. Utløsningshastigheten fra implantatet avtar med tiden, derfor synker serumkonsentrasjonen fra ca. 200 pikogram/ml ved slutten av det 1. året til ca. 156 pikogram/ml ved slutten av det 3. året. **Proteinbinding:** Ca. 96-99%. **Fordeling:** Det sentrale og totale distribusjonsvolumet er hhv. 27 liter og 220 liter. **Halveringstid:** Ca. 25 timer. **Metabolisme:** Metaboliseres ved hydroksylering og reduisering. Metabolittene konjugeres til sulfater og glukuronider. **Utskillelse:** Som fritt steroid eller konjugat via urin og feces (forhold 1,5/1). **Pakninger og priser:** 1 stk. (implantat i engangsappikator) kr 1141,10. **Sist endret:** 16.08.2013

1) Statusrapport juni 2012. Handlingsplan Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010 - 2015 strategier for bedre seksuell helse. Utgitt av Helsedirektoratet juni 2012.
2) LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <http://www lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

WOMN-1081649-0000(apr-2013)



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Tlf. 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no
Copyright © 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved.



Nexplanon®
68 mg etonogestrel

- Yngvild Skåtun Hannestad
- Spes. gynekologi, dr.med. Avtalepraksis i Bergen

Overgang fra sykehusavdeling til avtalepraksis

Jeg startet for 20 måneder siden i avtalepraksis i Bergen sentrum og med sykehuslivet fremdeles relativt friskt i minne er jeg blitt bedt om å fortelle litt om overgangen til livet utenfor moderhuset, hvilke avveininger jeg gjorde da jeg tok beslutningen og hvordan erfaringene er så langt. Jeg overtok en veldrevet praksis som er del av en gruppepraksis der vi er to gynekologer med hver vår legesekretær.

Fag

Jeg hørte en gang en kollega som sa at «I helvete har de poliklinikk hver dag». Jeg vil anta at den kollegaen ikke tenker på å gå ut i praksis, for det er klart, - dette er poliklinikk hele uken og da bør man trives med det! Jeg kan savne variasjonen i arbeidsoppgaver og svingningen i «puls» og tempo som kjennetegner sykehuset der man veksler mellom operasjonsstue, fødeavdeling, sengepost og poliklinikk. Men jeg har alltid likt poliklinikkarbeidet, og som poliklinikk ligner praksisen min mye på det jeg hadde på sykehuset, - jeg møter hele spekteret i faget og stor variasjon i problemstillingene synes jeg; kvinner i alle aldre, kvinner med postmenopausale blødninger, endometriose, descens, infertilitet, PCOS, bekkenmerter, blødninger i tidlig svangerskap, jeg følger opp tvillingsvangerskap, celleforandringer, ovarialcyster, starter utredning ved mistanke om kreftsykdom og kontrollerer ferdigbehandlede kreftpasienter. Den største variasjonen er jo i personlighetene til alle som kommer til praksisen av alle disse forskjellige årsakene, og det er en stor glede å bli kjent med og få følge kvinnene

tettere enn jeg var vant med på den store sykehusavdelingen. Kjennskap skaper trygghet for både pasientene og meg, og det er lettere å gjøre en god jobb ift til dem som trenger jevnlig oppfølging når man møtes igjen og ikke må begynne på nytt ved neste kontroll.

Drift og økonomi

Med driftstilskudd har jeg det trygt og godt, det er nok å gjøre og jeg trenger ikke være redd for at det ikke skal gå rundt økonomisk selv om jeg har lånt 2 millioner til overdragelse av praksis og fornyelse av endel utstyr. Så langt har jeg tatt ut årslønn likt det jeg hadde de siste par årene på sykehuset. Arbeidsuken min er nok i snitt like lang (hadde arbeidsplan på 44.3 t/uke på sykehuset) men jeg har jo ikke pålagt ubekvem arbeidstid lenger og har i utgangspunktet fri alle helger og helligdager. En god pensjonsordning er et gode man har som ansatt på sykehus – det var noe jeg kanskje i likhet med mange andre ikke hadde tenkt særlig over før jeg gikk ut av KLP og startet innbetaling til egen pensjon slik som jeg gjør nå. Jeg kan jo håpe at jeg får ut

investeringen jeg gjorde ved overdragelsen når jeg skal pensjonere meg, men det tør jeg nesten ikke regne med ettersom det er flere tilfeller (i hvert fall i Helse Region Vest) der hjemler har blitt inndratt ifm dødsfall el pensjonering, og kompensasjonen som helseregionene er forpliktet til å gi er betraktelig lavere enn det som er vanlig omsetningssum.

Jeg har startet et AS der legesekretæren min og jeg begge er ansatte. Selv om jeg har regnskapsfører som tar regnskap og selvangivelse er det nok av andre nye oppgaver for meg. Jeg skal sørge for å ha orden på husleiekontrakt, forsikring og pensjoner, ansettelseskontrakter med arbeidsinstruksjoner, avtaler med leverandører av telefon, IT, journalsystem, bestillinger av utstyr og forbruksvarer for eksempel. Sammen med min kollega har vi et DA der vi har ansatt jordmor og renholder og dekker endel fellesutgifter. Vi er tilknyttet bedriftshelsetjeneste, har eget kvalitetssikringssystem der vi dokumenterer rutiner og registrerer data om elektronisk utstyr og leverandører.



Rammer, frihet og ansvar

Selv om det er mange pålegg, forpliktelser og rapporteringer, opplever jeg også mye frihet til å bestemme hvordan jeg vil drive praksisen og hvordan jeg vil ha rammene rundt meg. Jeg savner den store livlige gjengen med gode kolleger på sykehuset, men er glad for at vi er to gynekologer sammen, det gir mye faglig støtte og hyggelig samvær. Den faglige oppdateringen må jeg være mer bevisst på å holde i gang og oppsøke. Jeg er glad for å kunne prioritere selv hvilke kurs og møter jeg vil dra på samtidig som jeg skuler til normtallet for antall konsultasjoner per år (2700 for gynekologer) og lengden på ventelisten.

Jeg pakker dagen ganske tett med første pasient kl 08. Det er lettere å bruke hele dagen på pasientkontakt enn jeg gjorde på sykehuset der man ofte også skal på møter og undervisning, - sånn sett har jeg

nok større «produksjon» enn jeg hadde på sykehuspoliklinikken. Sekretæren min har mye pasientkontakt på telefon, tar blodprøver, måler BT og sjekker urin hos de gravide og registrerer en del basisdata på nye pasienter. Slik vi har innrettet oss må jeg oftest klare meg selv uten assistanse for eksempel ifm cervixbiopsier og annen prøvetaking. Jeg har blitt ganske god på å legge alt godt til rette før jeg starter slike prosedyrer og rydder det meste selv mellom konsultasjonene. Her er det det sikkert potensiale for bedre organisering.

Det er kjekt å kunne bestemme fargen på veggene selv og dra på IKEA og kjøpe ny pult en lørdag og henge opp nye gardiner på en søndag og ha nesten nytt kontor mandagen! Men hverdagen løper fort av gårde også her og jeg har nok ikke alltid tid og overskudd til følge opp egne ideer og gjøre gode endringer, men det er en god

følelse at muligheten og handlefriheten er der.

Før jeg søkte på hjemmelen som jeg var så heldig å få tilbud om, hadde jeg «snudd hver stein» i forhold til egen motivasjon, hva jeg tenkte jeg ville savne fra sykehuset og hva jeg trodde jeg ville like med å jobbe i avtalepraksis. Det meste har stemt godt. Selve driftsbiten tar nok mer tid og krefter enn jeg hadde sett for meg (men her er det vel litt nybegynnerstrev inkludert!) og det er kanskje naturlig at feilberegningen lå der siden det var det jeg kunne minst om på forhånd. Men jeg opplever en hverdag med faglige utfordringer, mange gleder og frihet under ansvar. Jeg er glad for muligheten jeg fikk og at jeg torde ta spranget.

- Henrica Werner
- Overlege og PhD, Kvinneklinikken, Helse Bergen
- heaw@helse-bergen.no

Et gjesteforsknings opphold på MD Anderson i Houston, Texas, USA.

Våren 2012 søkte jeg et utlandsstipend fra Kreftforeningen som også finansierer PhD prosjektet mitt. Jeg var da godt i gang med et prosjekt om kliniske og molekulære markører innenfor endometriekreft ved Institutt for klinisk medisin, UiB, under veileidning av Prof overlege HB Salvesen og overlege Jone Trovik, PhD. Og da jeg først fikk dette stipendet starter en travel forberedelsestid.

Erica Werner disputerte 20.mai med avhandlingen «Clinical and molecular markers in endometrial cancer. Studying prognostic and predictive biomarkers that can help to individualise therapeutic decisions». (red.anm.).

Jeg dro til et system biologi laboratorium



Erica Werner, foto: A.S. Herdlevær/UiB

i MD Anderson Cancer Center i Houston, Texas, muligens det største kreftforskningsinstituttet i verden, gjennom veilederens kontakter. Hele familien blir med, både mann og et spedbarn. Sønnen vår må fødes først før det kan bestilles visum for poden. Og siden vi er Nederlandske, betyr det noen turer til ulike ambassader i Oslo for å hente pass og visum. Vi må signere på at den lille ikke skal drive med human trafficking eller narkotika. Morspermisjonen blir ellers brukt til hus leting, organisering av forsikringen og å lese meg litt inn i de forskningsprosjekter som foregår på labben i Houston.

Målet med utenlandsoppholdet er sammensatt; bruke den tiden som jeg har igjen av stipendiatet fornuftig, bygge et internasjonalt forskningsnettverk, kjøpe pasientmaterialet på et fortsatt nytt high-throughput protein plattform som heter Reverse Phase Protein Array (RPPA) og levere tilbake kunnskap om det til forskningsgruppen og instituttet. Mannen min skal nyte litt forlenget papapermisjon og kose seg hjemme med barnet. Januar 2013 drar vi.

Det er 25 varmegrader i Houston, grønne trærne, ingen mørketid, absolutt deilig.

Houston er hovedstaden i Texas, det bankende hjerte av det republikanske red neck USA, med over 2.1 mill innbyggere. For utlendinger, nordmenn inklusiv, er Houston, bortsett fra forskning, et kjent sted å være bosatt noen år grunnet stor oljeindustri. The medical district, av dem utgjør MD Anderson (som både inneholder klinikk og forskningsinstitutt) den største delen, er en by i en by; med flere høybygg og et eget bussystem. Man skal ikke gå til fot (og ønsker det heller ikke om sommeren). Introduksjonen som jeg får sammen med nesten 50 andre som skal starte samme uke, er gjennomtrukket av videoer som heter så mye som 'We are MD Anderson' og 'I am MD Anderson'. Det kan ikke være mer amerikansk enn det, men en kjenner også at det påvirker felleskapet og stoltheten straks. Når jeg kommer på selve system biologi labben er sjefen, professor Gordon Mills, veldig imøtekomende, og beskriver labben som en 'godteributikk' hvor jeg får lov til å smake hva som helst (det anbefales ikke på



Houston skyline



Julius i Grand Canyon

en forskningslab!). Jeg kan bli med på alle møter som kunne være interessant og skal få egne prosjekter etter hvert. Mills er i bunn gynekolog men har fokusert helt på forskning etter utdanningen og har bygget opp en svært velfungerende lab ved MD Anderson med nesten 100 ansatte. Arbeidstidene er amerikanske, start kl 8, hjem rundt kl 18, men mye seinere om en har et prosjekt som krever det. Det er bare å huske hvor godt vi har det i Norge! Kollegaene er en veldig internasjonal gjeng, og veldig kunnskapsrike. De fleste har en molybdenbiologisk bakgrunn men det finnes også en del dataanalytiker og det samarbeides godt til tross for at de snakker et annet 'språk' noen ganger. Alle er veldig motiverte, og til tross for at jeg noen ganger kommer på uvanlige tidspunkt, som kl 11 om kvelden eller søndag morgen kl 09,

så finnes det alltid flere å treffe på. Celler og forsøksdyr må pleies, eksperimenter for uken som kommer settes opp.

Systembiologi er en datastyrt forskningsmåte hvor en, gjennom analyse av store komplekse mengder data med høy kvalitet, lager matematiske prediktive modeller som da testes ut (pre)klinisk i flere runder for å optimalisere modellen. Målet kan være for eksempel skreddersydd terapi eller resistensforebygging. Man skjønner straks at man trenger dette ekteskap av dataanalytiker, molekylærbiologer og helst leger.

MD Anderson er et fantastisk sted for å kombinere klinikken med forskning. De leger som jeg har snakket med angir at de opplever det som en av de beste

egenskapene ved MD Anderson, denne tette dynamikken begge veier, som gjør at det enklere å implementere kliniske studier etter gjennomførte prekliniske studier.

Utpå våren får jeg et lite eget cellelinjeprojekt som likevel raskt ekspanderer i intensitet, og begynner å samarbeide med flere kolleger. Det er en veldig grei måte å bli integrert med andre kolleger og veldig spennende. Jeg lærer nye teknikker som innbygging av plasmider eller kloning, og har vakt hver dag ...for mine forskningsceller.

I mai får jeg mulighet til å dra til ASCO og, uventet, holde et innlegg der. Et svært stort og veldig interessant møte. Vi får noen fine dager i Chicago med museer og den lokale maten 'deep fried pizza'. Deretter har tydeligvis min oppstartfase tatt slutt og jeg får stadig flere forskningsballer i luften. Særlig spennende er et prosjekt som akkurat startet da jeg kom. Elleve ulike krefttyper som har blitt analysert individuelt gjennom The Cancer Genome Atlas (TCGA), skal analyseres sammen for å oppdage likheter og ulikheter seg imellom. Som lege kan jeg tenke på mulige bidrag av studieresultatene for å skreddersy behandling til våre pasienter.

Samtidig får jeg mulighet til å skrive en review artikkel om cancer system biologi, en forsknings metodologi jeg faktisk ikke kjente til før jeg skulle til Houston. Men utfordringen hjelper å bli kjent og samarbeide med kolleger på kryss og tvers av labben. Det er veldig gøy å prøve seg utenfor de trygge rammene i Norge. Tålmodigheten til mine medforfattere gjør at vi til slutt får skrevet en veldig fin artikkel og at det blir en veldig lærerik prosess for meg.

I tillegg koordinerer jeg fra Houston, sammen med bioingeniørene på forskningslabben i Bergen og veilederen min i Boston, at vi kan kjøre en større serie av vår eget pasientmaterialet på RPPA plattformen. Alt i alt klargjør bioingeniørene nesten 450 tumorprøver som sendes på tørris til Houston. Det betyr mange Skype samtaler med veilederen og mange e-poster til Norge. Sammen ekstraherer vi protein av disse tumorprøvene og klargjør dem for testing.



PartoSure™

Time to Delivery (TTD) Test

Skjer det nå?

- ✓ **MEGET HØY POSITIV PREDIKTIV VERDI**
- ✓ **UTMERKET NEGATIV PREDIKTIV VERDI**
- ✓ **PÅLITELIGE RESULTATER I LØPET AV FÅ MINUTTER**
- ✓ **BRED SPREDNING PÅ GRAVIDITETS-LENGDEN**
- ✓ **MED ELLER UTEN SPEKULUM UNDER-SØKELSE**

Besøk www.partisure.com
for mer informasjon

Produsert av
AmniSure®
International LLC
CE

Distribueres i Norge av Navamedic ASA
Tel: +47 67 11 25 40
E-post: info@navamedic.com
www.navamedic.com



Navamedic

Da det blir september drar vi på ferie. Vi tar en bobiltur fra Denver, Rocky Mountains til Vegas, Nevada gjennom alle kjente nasjonalparkene i området; Rocky mountains, Arches, the Grand Staircase, Bryce, Zion, Gran Canyon, fantastisk flott natur. Sønnen vår tar sine første skritt med det storslåtte landskapet av Grand Canyon bak seg, han kunne ha valgt verre. I Utah finner vi ut at det norske vinmonopolet likevel er veldig lettvtint og føler oss nesten som banditter som henter noe ulovlig i en brun papirpose. Det er nesten en skuffelse å komme tilbake til Houston med temperaturer fortsatt rundt 37 grader og høy fuktighet.

Jeg får mulighet til å bli med på flere lokalt organiserte møter og kurs om bl.a. abstraktskriving og presentasjon. Det føles veldig inkluderende og en fordel ved et opphold i et engelskspråklig land. Fornuftig i denne internasjonale organisasjonen er publikasjonsavdelingen, hvor en leverer sine nesten ferdige manuskripter, som da blir omarbeidet til godt engelsk ihht tidsskriftenes krav. Utrolig tidsbesparende og lærerikt å få disse kommentarene.

Hjemreise nærmer seg og dermed slutten av stipendiattiden. Sammenskrivningen starter derfor på kjøkkenbordet i den lille leiligheten vår. Der, men også senere, legger jeg merke til at synspunktene mine og forskningstilnærmingen min har blitt farget av tiden på MD Anderson.

Nå er det mai, det er nesten like varmt i Bergen som det var i Houston i slutten av desember da vi dro hjem. Jeg sitter og lurer på hva min gjesteforskningsperiode har gitt meg. Som ungdom i forskningsverden er det mye å lære i Norge også. Likevel er det utrolig spennende å erfare de (store) prosjekter utenlands, særlig i USA, og å spille seg mot utenlandske kolleger. Jeg har opplevd det som en stor motivasjon og en tid som ga mye tilbake for den energien jeg puttet inn. Det er også verdifullt å bygge et forskningsnettverk som er større enn Norge. Ikke minst har det gitt meg en kompetanse om og resultater av en relativ ny forskningsmetode. Den kunne jeg ta med meg tilbake til forskningsgruppen.

Alt i alt er et slikt opphold noe som kan anbefales til alle som får muligheten.



kollega på Lab ved MD Anderson

Screening mot livmorhalskreft er ikke sterkere enn det svakeste leddet

I 2014 og 2015 skjer det store forandringer i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Allerede i sommer kommer det et nytt flytskjema for oppfølging av kvinner med usikker eller lavgradig celleprøve (ASC-US/LSIL).



Det er svært viktig at man bruker algoritmen på kvinner med en primær ASCUS/LSIL screening prøve og ikke på kvinner som tidligere

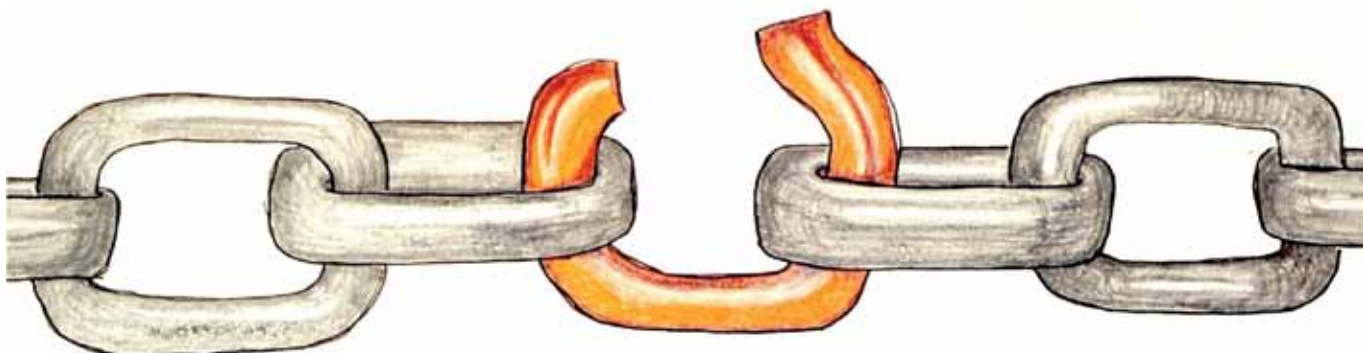
har hatt unormale celleprøver. I 2015 blir celleprøven erstattet av HPV-test som primærscreeningsmetode i fire fylker for halvparten av kvinner over 34 år. Det kan bli en utfordring å gi informasjon om HPV-positive testresultat til pasienter siden man ikke vet om dette vil medføre sykdom hos den enkelte HPV positive kvinne. Vi

som gynekologer må være forberedt på konsekvensene av de endrede algoritmene, og ha kjennskap til svakhetene i de nye retningslinjene. De ulike algoritmene kan bli en ekstra utfordring i de fire fylker der man skal innføre HPV testing som primærscreening hos en liten andel av kvinnene.

For at disse forandringer skal lykkes og for at man skal kunne forbedre screening mot livmorhalskreft, er det viktig med samarbeid innen de forskjellige disiplinene; fastleger, gynekologer, cytologer, patologer, virologer, Krefregisteret og ikke minst med pasientene. Screening mot livmorhalskreft blir ikke sterkere enn det svakeste leddet.

For å belyse de store endringene har vi samlet tverrfaglig ekspertise som forsker innen HPV og cervixneoplasie og som sitter i ulike rådgivningsorganer innen screening mot livmorhalskreft. I samarbeid har leder for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft, Stefan Lönnberg, virolog Christine Jonassen, patolog Sveinung Sørbye, gynekolog Ingrid Baasland, cytolog Mai Liv Eide og meg selv, som er representant for norsk gynekologisk forening i Rådgivningsgruppa for masseundersøkelsen mot livmorhalskreft, skrevet noen artikler om endringene i programmet, og om svake punkter i screening programmet som kan forbedres.

God sommerlesing!



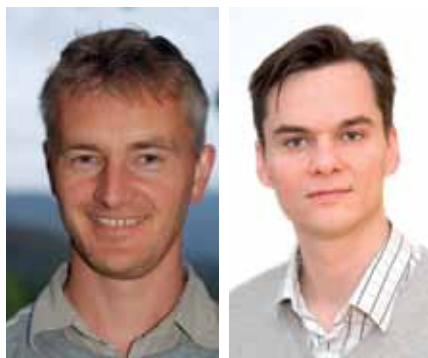
- Sveinung Wergeland Sørbye
- Overlege, PhD. Avdeling for klinisk patologi, Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø
- Sveinung.Wergeland.Sorbye@unn.no
- Stefan Lönnberg
- Lege, PhD. Leder for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft
- Stefan.Loennberg@krefregisteret.no
- Ameli Tropé
- Avd. for gynekologisk kreft, Radiumhospitalet, OUS
- Ingrid Baasland
- Stipendiat ved ISM, NTNU, Perm fra overlegestilling avd for gynekologisk kreft

Årsaker til svikt i screening og nye screeningstrategier

Livmorhalskreft er forårsaket av HPV og utvikles over mange år gjennom en serie av forstadier (1,2). Det tar vanligvis minst 10-15 år fra HPV-smitte til kreft utvikles (3-5). I teorien kan nesten alle tilfeller av livmorhalskreft forebygges ved hjelp av celleprøve hvert tredje år hos kvinner 25-69 år (6). De fleste tilfeller av livmorhalskreft kan betraktes som svikt i screening (7). I praksis skjer det ofte slik svikt. Hvert år er det 300 kvinner i Norge som utvikler livmorhalskreft til tross for at vi har et nasjonalt screeningprogram (8). Screening i Norge begynte senere i Norge sammenlignet med Sverige og Finland (Figur 1). Det nasjonale screeningprogrammet ble organisert i 1995 og dette har medført en ytterligere reduksjon i insidens med 25 %. Likevel er insidensen fortsatt høyere sammenlignet med Sverige og Finland. Her skisseres noen årsaker til svikt i screening.

I. Manglende deltakelse i screening

Dekningsgraden av Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft er 67 % i løpet av 3,5 år og 75 % etter fem år inkludert



Sveinung Wergeland Sørbye

Stefan Lönnberg

to påminnelser (8). Omtrent 140 av alle kvinner med livmorhalskreft i målgruppen for screeningprogrammet 25-69 år tilhører gruppen kvinner som ikke har tatt celleprøve i det siste screeningintervallet (Figur 2). Økt oppslutning om screeningprogrammet vil kunne redusere forekomsten av livmorhalskreft. Flere tiltak kan være aktuelle. Bredere benyttelse av moderne kommunikasjonsmetoder som for eksempel sosiale medier og SMS-påminnelse er ønskelig. Kvinnene bør kunne få innkalling med time og sted for prøvetaking, med mulighet til enkel endring av time over nettet. Dersom det rutinemessig blir tatt celleprøve av alle gravide og abortsøkende som mangler screening i de siste 3

årene, vil dette kunne bidra til en høyere dekningsgrad. Mulighet til prøvetaking hos jordmødrer kan være en fleksibel løsning med lavere terskel for oppmøte for enkelte kvinner og med gode erfaringer fra Sverige og Finland. Utsendelse av hjemme HPV-test er også et alternativ for å nå de som ikke møter til legekantor. I Sverige og Danmark har leger, gynekologer og patologer tilgang til et sentralt register med pasientens hele prøvehistorikk. I Norge har sjelden rekvirent oversikt over alle tidligere prøver, og patologene har bare oversikt over prøver som er analysert ved deres laboratorium. Det er viktig at vi leger, gynekologer og patologer også i Norge får tilgang til et sentralt system med prøvehistorikk og

påminnelser slik at det er lett å få oversikt over når pasienten tok prøve sist. Dette kan også redusere unødvendig prøvetaking.

2. Falsk negative celleprøver

Sensitivitet av en enkelt celleprøve er anslagsvis 50-70 % og varierer kraftig (9, Stefan Lönnberg, presentasjon Eurogin 2013). Av de 120 kvinner i screeningalder som årlig utvikler livmorhalskreft til tross for deltakelse i screening er det rundt 70 kvinner som hadde normal celleprøve mindre enn 3,5 år før kreftdiagnosen (8), Figur 3. Oppmøte til regelmessige celleprøver hvert tredje år øker programmets kumulative sensitivitet for å oppdage behandlingstrengende forstadier. Validiteten av en enkelt celleprøve kan forbedres gjennom god kvalitetssikring av cytologi i alle screeninglaboratorier. Systematisk kvalitetssikring av diagnostisk kvalitet i screeninglaboratorier er essensielt og det anbefales at revurdering av screeningprøver inngår integrert i screeningprogrammet. En sentral organisering av denne aktivitet gir et bedre grunnlag for kvalitetsforbedring og mulighet til et helsetilbud med lik kvalitet over hele landet. Kriteriene for spesielt lavgradige celleforandringer varierer mellom laboratorier. Andelen cervixcytologiske prøver med resultatet ASC-US varierte med en faktor på 10x fra 0,76 til 7,76 % i 2012 (8). Forskjeller i pasientmateriale kan ikke forklare en slik variasjon. Det er også viktig at prøven blir tatt og håndtert riktig for å sikre at den er mest mulig representativ. Dette forutsetter opplæring av prøvetakere, oppfølging og tilbakemeldinger.

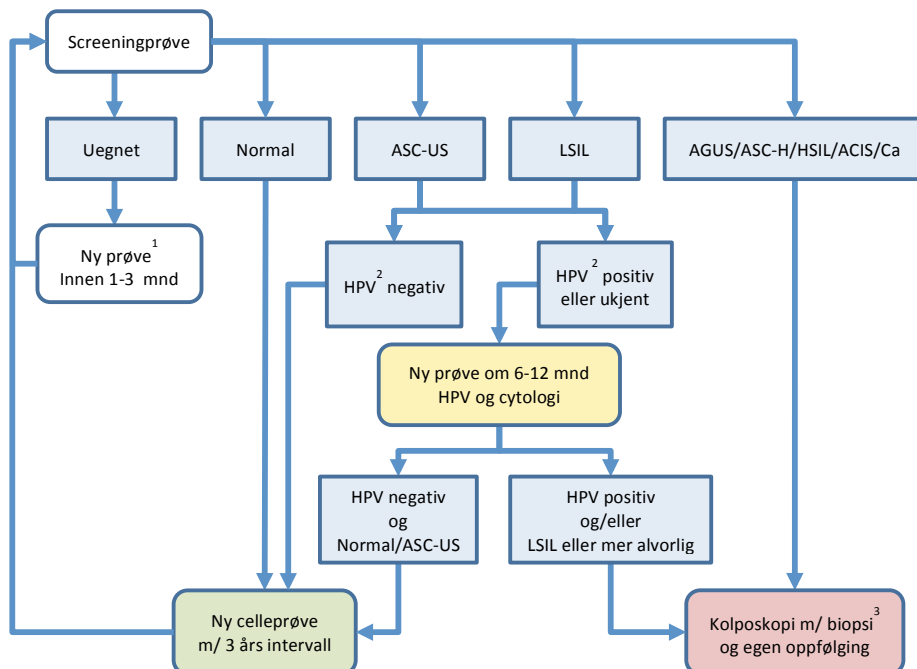
Det er forventet at HPV-test i primær-screening vil kunne avdekke flere kvinner med celleforandringer som kan behandles og dermed forebygge flere tilfeller av livmorhalskreft enn det vi i dag gjør ved hjelp av celleprøve (10). HPV testen har en konsekvent høyere sensitivitet, en høy negativ prediktiv verdi også over tid og muliggjør dermed et lengre screeningintervall. I 2015 planlegges implementering av HPV test som primærscreeningstest hos kvinner over 34 år med 5 års intervall mellom negative prøveresultater i fire fylker; Rogaland, Hordaland, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Kunnskap og formidling om HPV positivt svar

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Flytskjema for oppfølging av cervix-cytologiske screeningprøver* fra 1.7.2014

*Screeningprøve = prøve tatt av kvinner 25-69 år med anbefalt 3 års intervall.

Flytskjemaet gjelder ikke for prøver tatt som ledd i oppfølging etter tidligere patologiske funn eller tidligere behandling for forstadier eller kreft. For kvinner der risikoen for forstadier og kreft vurderes som forhøyet basert på tidligere screeninghistorikk eller annen tilgjengelig informasjon, bør en mer intensiv oppfølging eller utredning av usikre eller lavgradige celleforandringer overveies.



- 1) Når repeterte celleprøver er uegnet for cytologisk analyse, anbefales henvisning til gynekolog.
- 2) HPV-analyse gjøres på væskebasert primærprøve (refleks-testing). Hvis primærprøven er et konvensjonelt utstryk eller av annen grunn ikke egner seg for HPV analyse, skal ny prøve for HPV test og cytologi tas om 6-12 mnd.
- 3) Diagnostisk kolposkopi med portiobiopsier og endocervikal abrasio utføres etter retningslinjer i [Veileder i gynekologisk onkologi](#).

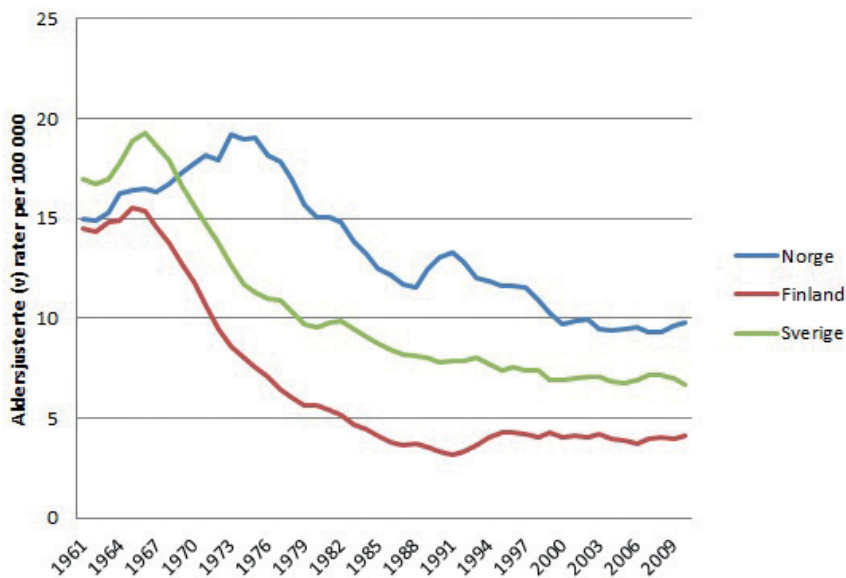
Flytskjemaet dekker ikke alle kliniske situasjoner. I noen tilfeller er det nødvendig at patolog og gynekolog diskuterer det enkelte kasus og vurderer en annen oppfølgingsalgoritme.

Det er satt spesifikke krav til HPV tester for bruk i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft, og Helsedirektoratet avgjør hvilke HPV tester som oppfyller kravene.

Figur 1

Tabell 1. Gradering av cytologi og histologi

Cytologi	
Normal	Uten påviste neoplastiske forandringer
ASC-US	Atypiske skvamøse celler av usikker betydning
LSIL	Lavgradig skvamøs intraepitelial lesjon
ASC-H	Atypiske skvamøse celler, kan ikke utelukke HSIL
HSIL	Høygradig skvamøs intraepitelial lesjon
Histologi	
Normal	Uten påviste neoplastiske forandringer
CIN1	Cervical intraepitelial neoplasi grad 1
CIN2	Cervical intraepitelial neoplasi grad 2
CIN3	Cervical intraepitelial neoplasi grad 3
CIN2+	CIN grad 2, 3 eller kreft



Figur 2) Aldersjustert (v) incidens av livmorhalskreft i Norge, Finland og Sverige 1960-2010. Glidende gjennomsnitt over 3 år. Datakilde: NORDCAN (Engholm G, Ferlay J, Christensen N, et al. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 6.1 (25.04.2014). Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society. Tilgjengelig på <http://www.ancre.nu>, datauttrekk 30/4/2014).

er svært viktig da flertallet av HPV positive ikke har høygradige celle-forandringer og svært få ville utviklet kreft uten behandling. HPV testen kan brukes til å skille mellom kvinner man bør følge opp (HPV positive) og kvinner man kan sende trygt tilbake til screening (HPV negative). Det vil være viktig å sette seg inn i de ulike screeningsalgoritmene da algoritmen for primærscreening med cytologi og algoritmen for primærscreening med HPV test er svært forskjellige. Det kan være vanskelig å forstå at en kvinne med samme kombinasjon av analyseresultater (celleprøve og HPV-test) i de ulike algoritmene skal ha ulik oppfølging avhengig av om celleprøven eller HPV-testen ble tatt først.

3. Manglende eller forsinket opp-

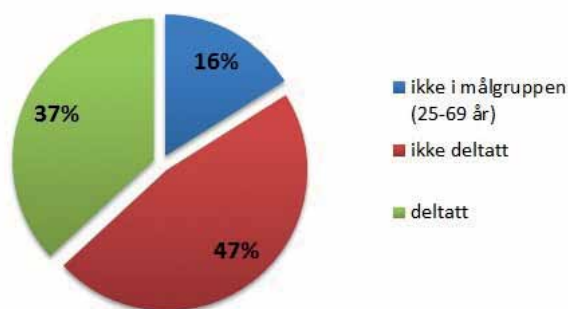
følging av kvinner med lavgradige celleforandringer (ASC-US / LSIL)

Kvinner med lavgradigecelleforandringer har økt risiko (0,5 %) for livmorhalskreft innen 3,5 år sammenlignet med kvinner med normal celleprøve (under 0,1 %). Samtidig er ikke risiko for behandlingskrevende celleforandringer (CIN2+) så høy at alle kvinner med ASC-US / LSIL bør henvises direkte til kolposkopi/biopsi, dvs over 20 % (Stefan Lönnberg, presentasjon Eurogin 2013). Anbefalingen har vært at kvinnene må følges opp med ny celleprøve og/eller HPV-test etter 6-12 måneder (såkalt triage eller sekundærscreening) før man avgjør om de skal utredes med kolposkopi/biopsi, følges opp med ytterligere en celleprøve og/eller HPV-test, eller returnere til screening om tre år. Omtrent 30 % av

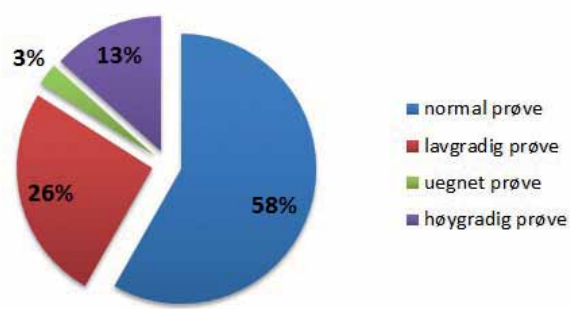
kvinner med ASC-US / LSIL blir ikke fulgt opp etter retningslinjene (8). Det er forventet at bruk av væskebasert cytologi og oppdatert algoritme (se Flytskjema for oppfølging av cervix-cytologiske screeningprøver) for HPV-testing kan redusere "loss-to-follow-up" slik at flere kvinner med ASC-US / LSIL får forsvarlig oppfølging.

Denne oppdaterte algoritme trer i kraft fra 1.7.2014. Algoritmen tar høyde for muligheten for HPV test fra primærprøven ved bruk av væskebasert celleprøve. Ved ASC-US og LSIL i en primærscreeningprøve kan kvinner med negativ HPV test anbefales vanlig tre års intervall siden risikoen for forstadier og kreft er lav. Kvinner med ASC-US / LSIL og positiv HPV test skal følges opp med en sekundærscreeningprøve etter 6-12 mnd. Det er viktig at det kun er kvinner med primærscreeningprøve (første gangs ASC-US / LSIL med tidligere normal prøvehistorikk) men ikke kvinner med tidligere unormale celleprøver, behandlinger eller symptomer som blir sendt tilbake til screening ved negativ HPV test. Ingen HPV-tester er 100 % sensitive og prøvetakeren har et ansvar for at ikke kvinner med høy risiko for CIN2+ (anslagsvis >2,0 %) blir sendt tilbake til screening.

Årsaken til at man i Norge med den oppdaterte algoritmen krever to positive HPV-test med 6-12 måneders mellomrom før kvinnen går til kolposkopi/biopsi er for det første at mange HPV-infeksjoner går over av seg selv, mange CIN-lesjoner går i spontan regresjon, og at det er ønskelig å begrense antall unødvendige biopsier. Det er imidlertid viktig at vi som kliniker gjør



Figur 3) Oppmøte til screening i 3,5 perioden før kreftdiagnose i 2008-2012, n=1478. Kilde: Kreftregisteret, Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft.



Figur 4) Resultat av siste primærscreeningprøve i 3,5 perioden før kreftdiagnose i 2008-2012 blant kvinner i målgruppen 25-69 år, n=544. Kilde: Kreftregisteret, Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft.

en samlet vurdering av pasientens risiko og i enkelte tilfeller velger en tidligere diagnostisk utredning. Kvinner som tidligere er behandlet for celleforandringer bør utredes ved første positive HPV-test ved ASCUS/LSIL. Andre forhold som kan motivere en tidligere diagnostisk utredning er alder over 40 år, immunosupprimert pasient og HPV 16 positivitet. For eksempel er risikoen for CIN3+ ved LSIL og positiv HPV 16 er i en studie vist å være 48.6 % (11). Ofte er det fastlegen og ikke gynekologen som har dette ansvaret. Allmennlegene må også informeres om nye retningslinjer og når man bør være ekstra varsom.

4. Manglende oppfølging av kvinner med høygradige celleforandringer (ASC-H / HSIL)

Kvinner med høygradige celleforandringer anbefales henvisning til gynekolog for kolposkopi/biopsi innen tre måneder. Risiko for CIN3+ ved cytologisk ASC-H / HSIL er 50-70%, og disse kvinnene har 3-4% risiko for livmorhalskreft innen 3,5 år for dem som har oppfølgingsprøver i Norge (Stefan Lönnberg, presentasjon Eurogin 2013). Av kvinner med ASC-H / HSIL er det omtrent 30 % som ikke er blitt utredet med biopsi innen 6 måneder, og fortsatt 10 % som ikke er blitt utredet innen 12 måneder (8). Rundt 18 % av kreft oppstår i gruppen av kvinner der påviste celleforandringer ikke er fulgt opp etter retningslinjene (12). Kreftregisteret har nå skjerpet sine purrerutiner for oppfølging av kvinner med unormale prøvesvar.

5. Falsk negativ kolposkopi/biopsi

Sensitivitet av kolposkopi/biopsi er 60-70 % blant erfarne kolposkopister (13). Det vil si at 30-40 % av kvinner med CIN2+ vil ha negativ biopsi ved første undersøkelse. Når en fastlege henviser en kvinne til gynekolog pga celleforandringer, bør gynekologen ha et overgripende ansvar for pasienten inntil hun kan returneres tryggt til screening. Siden både celleprøve og kolposkopi / biopsi har lav sensitivitet, har kvinner med høygradige cytologiske celleforandringer og CIN I/normal biopsi eller ikke representativ diagnostisk kon, nytte av HPV testing ved oppfølging.

For å forhindre villscreening med HPV test ble det i 2005 innført et flytskjema

for HPV-test i sekundærscreening. Det var i utgangspunktet bare kvinner med cytologisk ASC-US eller LSIL som hadde indikasjon for HPV-test. I dette første flytskjemaet anbefales HPV testing som oppfølgingsprøve hvis biopsi er normal/CINI (Flytdiagram for HPV-testing 2009). Hvis man skal ta HPV test som oppfølgingsprøve etter normal/CINI biopsi må man beskrive nøye hvorfor og be om HPV test på klinisk indikasjon. Ved andre eller tredje gangs indikasjon for kolposkopi/biopsi bør kliniker vurdere diagnostisk konisering (14).

6. Residiv av CIN2+ etter behandling

Kvinner som er konisert har fem ganger høyere risiko å utvikle cervixcancer enn normalbefolkningen. Opp til 10-15 % av kvinner som får behandling med konisering får residiv og må behandles med ny konisering, eventuelt hysterektomi (15). Det kan være vanskelig å bedømme om det foreligger frie reseksjonsrender. Frie render og normale celleprøver etter konisering er uansett ingen garanti for at det ikke er gjenværende celleforandringer. Vedvarende HPV-infeksjon kan forårsake nye celleforandringer. Risiko for residiv er størst ved persistens av samme HPV-type før og etter konisering (16), og spesielt de første 10 år etter konisering. HPV-test er mer sensitiv enn celleprøve. HPV-test blir derfor introdusert som "test of cure" i den nye veilederen i gynekologisk onkologi. Kvinner som er konisert anbefales oppfølging med både celleprøve og HPV-test de første 10 år etter konisering. Detaljene vil bli beskrevet i veileder for gynekologisk onkologi (Gynveileder CIN 2014). Det finnes grunner til å anbefale at kvinner som er konisert bør fortsette å la seg screene resten av livet, også etter fylte 69 år (17). Det er viktig at man forklarer pasienten hvorfor man tar HPV testen og at en positiv HPV-test ikke nødvendigvis betyr at man har celleforandringer, men at kvinner med positiv HPV-test skal følges opp tettere. En mindre ikke-randomisert studie har antydning at risiko for residiv kan reduseres ved å gi HPV-vaksine ved konisering (18), og i Danmark er det flere sykehus som gir HPV-vaksine ved konisering.

Referanser

1. Bosch et al. Chapter 1: human papillomavirus and cervical cancer—burden and assessment

1. Franco et al. Epidemiology of acquisition and clearance of cervical human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer. *J Infect Dis* 1999;180:1415–23.
2. Thomsen. High-risk and low-risk human papillomavirus and the absolute risk of cervical intraepithelial neoplasia or cancer. *Obstet Gynecol*. 2014 Jan;123(1):57-64.
3. Tjalma et al. Differences in human papillomavirus type distribution in high-grade cervical intraepithelial neoplasia and invasive cervical cancer in Europe. *Int J Cancer*. 2013 Feb 15;132(4):854-67.
4. McCredie et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol*. 2008 May;9(5):425-34.
5. Peto et al. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. *Lancet*. 2004 Jul 17-23;364(9430):249-56.
6. Herbert A, et al. Invasive cervical cancer audit: why cancers developed in a high-risk population with an organised screening programme. *BJOG*. 2010 May;117(6):736-45.
7. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft, årsrapport 2012 <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Arsrapport-frs-Masseundersokelsen-mot-livmorhalskreft-2012/>
8. Wright et al. Interlaboratory variation in the performance of liquid-based cytology: insights from the ATHENA trial. *Int J Cancer*. 2014 Apr 15;134(8):1835-43.
9. Ronco et al. International HPV screening working group. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014 Feb 8;383(9916):524-32.
10. Gage et al. "Risk of precancer determined by HPV genotype combinations in women with minor cytologic abnormalities." *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 22(6): 1095-1101.
11. Burger et al. The value of improving failures within a cervical cancer screening program: An example from Norway. *Int J Cancer*. 2014 Mar 11.
12. Zuchna et al. Diagnostic accuracy of guided cervical biopsies: a prospective multicenter study comparing the histopathology of simultaneous biopsy and cone specimen. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Oct;203(4):321.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2010.05.033. Epub 2010 Jul 14.
13. Gruppe 2 rapport om HPV test i primærscreening 2013 <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/kreft/screening/hpv-screening/styringsgruppe/Documents/HPV-test>
14. Arbyn et al. Chapter 9: Clinical applications of HPV testing: a summary of meta-analyses. *Vaccine*. 2006 Aug 31;24 Suppl 3:S378-89.
15. Söderlund-Strand A et al. Human papillomavirus type-specific persistence and recurrence after treatment for cervical dysplasia. *J Med Virol*. 2014 Apr;86(4):634-41.
16. Strander et al. Long term risk of invasive cancer after treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 3: population based cohort study. *BMJ* 24 October 2007
17. Khang et al. Vaccination with the quadrivalent HPV vaccine after treatment may be considered in preventing recurrence of CIN2-3. *Gynecologic Oncology*, 2013

- Christine Monceyron Jonassen
- Seniorforsker, Senter for laboratoriemedisin, Sykehuset Østfold
- Professor II ved Norges Miljø- og biovitenskaplige Ås universitet
- chrjon@so-hf.no

HPV og forstadier til livmorhalskreft og kreft: fra smitte til sykdom- hvordan skal en bruke HPV tester?

Livmorhalskreft skyldes persistent infeksjon med humant papillomavirus (HPV). HPV-vaksinasjon ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i Norge i 2009. Denne forebygging av infeksjon med HPV typer assosiert med kreftutvikling vil ha stor betydning for fremtidige screeningsalgoritmer mot livmorhalskreft, med bl.a bruk av HPV testing som primærscreeningstest.



Hypotesen om at infeksjon med humant papillomavirus (HPV) kunne være assosiert med utvikling av livmorhalskreft ble først

fremmet på 70-tallet, og senere bekreftet i mange ulike studier (1). Av de omlag 40 kjente papillomavirus som smitter menneskers genitalia, er det 12-14 typer som er klassifisert som høy-risiko (HR) typer, da de kan forårsake høygradige celleforandringer på livmorhalsen og livmorhalskreft. To HPV-typer, 16 og 18, er vist å forårsake omtrent 70% av alle tilfeller av livmorhalskreft på verdensbasis (2,3). Denne kunnskapen har gitt nye muligheter til å forebygge denne kreftformen ved vaksiner, samt å identifisere kvinner som har høyere risiko for utvikling av celleforandringer og kreft ved HPV testing.

HPV er et vanlig forekommende seksuelt overførbart virus, og livstidsrisiko for smitte er estimert til ca 70%. Prevalensen av infeksjonen er størst hos yngre kvinner, spesielt de første årene etter seksuell debut, og synker med alderen. Hos kvinner over 30,

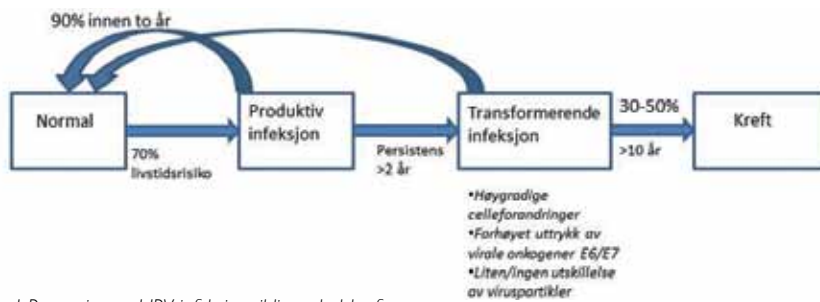
er prevalensen i flere internasjonale studier vist å være ca 9% (4), og skyldes både nye og persisterende infeksjoner. Det observeres stor grad av multiple infeksjoner hos kvinner, også hos kvinner med CIN3+ (5), men studier med bruk av Laser mikrodisseksjon tyder på at hver lesjon forårsakes av kun én HPV infeksjon (6).

HPV smitter de basale cellene i livmorhalsen, via små rifter i epitelet. Det virale genuttrykket er tett bundet til cellenes differensieringsstadium, med uttrykk av de tidlige replikasjonsrelaterte genene (E-«Early») i nederste del av epitellaget, og uttrykk av de sene genene (L-«Late»), L1 og L2, som koder for overflateproteinene i øverste del av epitellaget, samtidig som det da produseres tusenvis av virale genomkopier i hver smittede celle). Viruset forlater cellene ved naturlig celledød i det ytterste cellelaget og er lite immunogent (1, 2, 7). Kun 50% av de smittede kvinnene danner målbar antistoffer mot det virale L1 proteinet ved naturlig smitte. Re-smitte med samme HPV type er ikke uvanlig.

Det kan ta 1-2 år før en infeksjon med HPV går i regress, men hos færre enn 10% av kvinnene som smittes med HR-HPV, persisterer

infeksjonen. Persistens er assosiert med forhøyet uttrykk av de virale onkogene, E6 og E7, som hemmer tumorsuppressor proteiner og sørger dermed for kontinuerlig deling av infiserte celler i en større del av epitellaget. Dette skjer oftest som følge av integrering av HPV DNA i vertens DNA. Infeksjonen er da ikke lenger produktiv, og en kvinne med en høygradig celleforandring er derfor som regel ikke lenger smittsom med det viruset som er årsak til lesjonen. Hos kvinner med høygradige celleforandringer, vil et flertall av lesjonene gå i regress, mens et mindretall vil progrediere langsomt mot kreft. Det tar vanligvis minst 10-15 år fra HPV smitte til utvikling av kreftsykdom og det finnes per i dag ingen tester som kan skille mellom lesjoner som regredierer fra de som progredierer (8).

Hensiktsmessig bruk av HPV DNA tester i screening og utredning av celleforandringer er utfordrende. Dette skyldes HPV infeksjonens naturlige varighet, også når infeksjoner er forbigående, samt virusets vanlige forekomst spesielt hos unge kvinner. Siden tilstedeværelse av virusets DNA ikke er assosiert med grad av celleforandring, har de HPV DNA testene som finnes på markedet og som er ment brukt i screening/klinisk utredning en relativt



Figur 1. Progresjon av HPV infeksjon til livmorhalskreft

høy terskel for positivitet. Dette gir en økt klinisk treffsikkerhet (spesifisitet) for CIN2+ ved at de har en noe lav analytisk følsomhet (sensitivitet) for påvisning av HPV DNA (det skal være mange kopier HPV DNA i prøven for at testen slår ut positivt) (9). En HPV DNA test-negativ kvinne er derfor ikke nødvendigvis alltid virusfri og anvendelse og tolkning av testresultatene er derfor avhengig av kvinnens screenings/sykehistorien. HPV DNA tester brukt i screening viser likevel en meget høy negativ prediktiv verdi for CIN2+, slik at test-negative kvinner har en veldig lav 5-års risiko for å utvikle høygradige celleforandringer og kreft, noe som muliggjør forlengelse av screeningsintervaller i forhold til cytologibasert screening.

Alle HPV DNA tester som er på markedet påviser minst 13 HR-HPV typer, og noen tester gir også informasjon om HPV typer i celleprøven (genotyping), ofte begrenset til HPV 16 og 18 (9). Det er foreslått europeiske retningslinjer for validering av nye HPV tester som kommer på markedet, til bruk i primærskanning, basert på relativ sensitivitet og spesifisitet til den mest validerte kommersielle testen (Hybrid Capture 2- Qiagen) (10). Tilsvarende valideringskrav er satt i Norge til vurdering av HPV tester til bruk i triage, siden disse brukes til å foreslå trygg tilbakeføring av kvinner til 3-årsscreening (<http://krefregisteret.no/no/Forebyggende/Masseundersokelsen-mot-livmorhalskreft/Helsepersonell/Flytdiagram/>).

Det finnes også kommersielle HPV mRNA tester som påviser uttrykk av virale onkogener E6/E7 fra 5 eller minst 13 HR-HPV, og som viser en høyere spesifisitet, og dermed høyere positiv prediktiv verdi, for CIN2+ enn DNA baserte tester (11,12). Bruk av slike tester vil dermed kunne bidra til å redusere antall unødvendige kolposkopier/biopsier.

Gevinsten med bruk av HPV DNA testing i screening/klinisk utredning er imidlertid den høye negativ prediktiv verdi frem til neste testing sammenlignet med cytologi. En HPV DNA test-negativ kvinne antas å bruke lengre tid til å utvikle forstadier til kreft/kreft enn en mRNA test-negativ kvinne, slik at screenings/testingintervallet vil påvirkes av hva testen påviser. Det vil derfor være viktig med longitudinelle studier før HPV mRNA testing eventuelt tas i bruk i screening for å sikre det mest adekvate intervallet (13).

Det finnes to vaksiner med markedsføringstillatelse i Norge, som beskytter mot nysmitte med HPV 16 og 18 (i tillegg til kondylomassosierte typene 6 og 11 for den ene vaksinen). Disse vaksinene er rekombinante vaksiner basert på virusets hovedoverflateprotein L1, og er vist å gi lokal stor utskillelse av nøytraliserende antistoffer (14). De er derimot lite effektive mot pågående infeksjoner, og det er derfor viktig at HPV-vaksinasjon tilbys jenter før seksuell debut. Siden 2009 er HPV vaksinen en del av barnevaksinasjonsprogrammet i Norge, og tilbys alle 12-årige jenter. Vaksinen settes i 3 doser, og vaksinedekning for alle 3 doser ligger her i landet på ca 75% (<http://www.fhi.no/>). Vaksinen gir lite bivirkninger (15). I Australia, som er et av landene i verden som var først ut med å tilby vaksinasjon hos alle 12-13 åringer (fra 2007), i tillegg til at jenter i 13-26 års alder ble tilbudt vaksinen i et innhentingsprogram i årene 2007-2009, er det vist effekt av vaksinen mot HPV assosierte infeksjoner, samt CIN2+. Til tross for en oppslutning på ca 70% rundt vaksiner i Australia, er det observert en >90% reduksjon av kondylomer i den aktuelle aldersgruppen, noe som både viser effekt mot sykdom, samt tyder på flokkimmunitet (16). Det er nylig blitt presentert data med en ny generasjons nivalent HPV-vaksine, som vil beskytte mot de 7 mest vanlige HR-HPV typer

(HPV16, -18, -31, -33, -45, -52, -58), i tillegg til HPV6 og 11, og som antas å redusere drastisk det fremtidig behovet for screening hos de vaksinerte kvinner.

Referanser:

- Zur Hauen H. Papillomavirusenes og kreft: fra grunnleggende studier til kliniske anvendelser. *Nature Reviews Cancer*. 2002;2:342-350
- Munoz N et al. HPV in the etiology of cervical cancer. *Vaccine* 24S3 (2006) S31-S31/0
- Clifford G et al. HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine* 24S3 (2006) S326-S334
- Baseman JG and Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. *Jal of Clinical Virology* 2005; 32S:S16-S24
- Sjoberg K. et al HPV genotype distribution according to severity of cervical neoplasia. *Gynecologic Oncology*. (2010); 118(1):29- 34.
- Quint W et al. One virus, one lesion-individual components of CIN lesions contain specific HPV type. *Jal of Pathology* 2012;227(1):62-71
- Woodman CBJ et al. The natural history of cervical HPV infection: the unresolved issues. *Nature Reviews Cancer*. 2007; 7:11-22
- Schiffman M et al. Human papillomavirus testing in the prevention of cervical cancer. *Jal of the Nat Cancer Institute*. 2011 103(5):1-16
- Snijders PJF et al. Methods for HPV detection in exfoliated cell and tissue specimens. *APMIS* 2010; 118:520-528
- Meijer CJLM et al Guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for primary cervical cancer screening in women 30 years and older. *Int J Cancer* 2009; 124:516-520
- Trope et al Performance of human papillomavirus DNA and mRNA testing strategies for women with and without cervical neoplasia. *Journal of Clinical Microbiology* 2009; 47(8):2458- 2464.
- Ratnam S et al. Aptima HPV E6/E7 mRNA test is as sensitive as Hybrid Capture 2 Assay but more specific at detecting cervical recancer and cancer. *J Clin Microbiol* 2011; 49:557-564
- Meijer CJLM et al. Validation of High Risk HPV tests for primary cervical screening 2009. *Journal of Clinical Virology* 46(S3):S1-S4
- Stanley M. Immunobiology of HPV and HPV vaccines. *Gynecologic Oncology*. 2008; 109(2 Suppl):S15-S21
- Lu B et al. Efficacy and safety of prophylactic vaccines against cervical HPV infection and diseases among women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 2011; 11:13
- Garland SM. The Australian experience with the Human papillomavirus vaccine. *Clinical Therapeutics* 2014; 36(1):17-23

- Maj Liv Eide
- Seksjonsleder for cytologi, Avdeling for patologi og medisinsk genetikk, St Olavs hospital
- Maj.Liv.Eide@stolav.no
- Ingrid Baasland
- Stipendiat ved ISM, NTNU, Perm fra overlegestilling ved avd for gynekologisk kreft, St Olavs hospital
- Ingrid.Baasland@ntnu.no

Celleprøvetaking fra cervix – er det så vanskelig?

En viktig årsak til at celleprøver fra livmorhalsen har så lav sensitivitet er at prøven ikke tas korrekt. Andelen uegnede prøver har i Norge økt ved overgang til væskebasert cytologi i motsetning til andre land. Prøveteknikk og videre håndtering av prøven avhenger av om det er en konvensjonell eller væskebasert celleprøve. Det er ulike teknikker ved forskjellige væskebaserte metoder, prøvetakingsbørster skiller seg også fra hverandre. Det er viktig å sette seg inn i metoden man bruker. Prøvetaker har en viktig rolle her.



Maj Liv Eide



Ingrid Baasland

Som gynekologer tar vi en mengde celleprøver. Dette kan vi. Likevel kan svaret bli: ikke tilstrekkelig materiale, for mye blod i prøven eller forurenset prøve. Alternativt kan celleprøven vise normale celler, mens kvinnen har cervixpatologi som ikke diagnostiseres fordi celleprøven ikke er tatt fra rett sted. Det er derfor viktig å være bevisst på hvor man tar celleprøven og hvordan prøvetakingen skal utføres for å oppnå best mulig resultat.

Celleprøven skal tas i overgang mellom sylinderepitel og plateepitel

Transformasjonssonen (TZ) utgjør området mellom den opprinnelige og den nye sylinderepitel-overgangen

(SCJ). (Figur 1). TZ er sårbar for infeksjon med Humant papilloma virus (HPV). HPV infeksjonen og eventuelle celleforandringer starter oftest i SCJ og brer seg utover i metaplastisk vev i transformasjonssonen eller oppover i sylinderepitel i cervikalkanalen. Man tilstreber å ta celleprøve fra overgangen mellom sylinderepitelet og plateepitelet på portio da dette representerer SCJ. Det er her man oftest finner den høyeste graden av celleforandringer. Hos yngre ligger den nye SCJ ofte langt ut på portio, mens hos eldre ligger den langt opp i cervikalkanalen.

Celleprøvetakingen; er det 1, 2 eller 5 ganger rundt med børsten?

Det er en rekke ulike spatler og børster for celleprøvetaking. Vi må vite hva slags utstyr vi har på vår avdeling eller kontor da de ulike børstene skal brukes på ulik måte. Sjekk bruksanvisningen på det prøvetakingsutstyret du benytter på din avdeling. Informasjon om prøvetaking finnes

også i Kvalitetsmanual, Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft, som finnes på www.kreftregisteret.no.

Cytologisk vurdering av celleprøver fra cervix

Godt bevarte celler er essensielt for cytologisk vurdering i lysmikroskop. Dette oppnås ved å fikser cellene i alkohol, umiddelbart etter prøvetaking. Det er en rekke cellulære kriterier som benyttes ved den cytologiske vurderingen, men spesielt viktig er kromatinstrukturen i cellekjernen. Dette sees som mørkeblå granula. Ved sen fiksering utviskes strukturen, og et viktig kriterium er borte. Dette har vært et problem med den konvensjonelle utstrykmetoden, hvor prøvetaker ikke har fiksert prøvematerialet umiddelbart, og cellene viser tørkeartefakter. Dette kompliserer den cytologiske vurderingen, og prøver kan tolkes som falsk negativ.

De fleste cytologilaboratorier konverterer nå til væskebasert cytologi.

Dette er en forutsetning for fremtidig overgang til HPV DNA-test som primærscreeningsmetode. En væskebasert celleprøve kan prepareres både til cytologisk vurdering og HPV -testing. Ved væskebasert prepareringsmetode overføres cellene til en fikseringsvæske av prøvetaker, og celleduspensjonen sendes til cytologilaboratoriet, hvor cellene overføres instrumentelt til et objektglass. Denne metoden sikrer optimal fiksering og eliminerer problemet med tørkeartefakter.

Figur 2 viser bilder fra to pasienter hvor begge fikk diagnosen CIN 3 (histologisk verifisert), men cytologisk vurdering av cellegruppen i den konvensjonelle prøven kunne også ha blitt tolket som degenerert sylinderepitel pga tørkeartefakter og endt opp som falsk negativ. I den væskebaserte prøven har cellene som representerer CIN 3, bevart de cellulære strukturene og cytologisk vurdering er sikrere.

Væskebasert cervixcytologi (VBC) (figur 3) Det er i dag to metoder i bruk i Norge: ThinPrep® Pap Test, som de fleste av cytologilaboratoriene bruker og BD SurePath™ Pap Test, som foreløpig to laboratorier benytter. Instruksjon om prøvetaking og overføring av cellemateriale til prøvebeholder finnes i pakningsvedlegget til prøvetakingsutstyret eller kan fås ved å ta kontakt med cytologilaboratoriet.

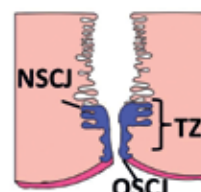
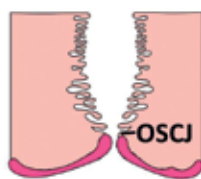
Prøvetaking til VBC

Trespatel kan ikke benyttes ved væskebasert cytologi da cellene vil festes til spatelen når man rører trespatelen rundt i glasset med fikseringsvæsken.

I. Bruk av spatel og endocervical børste (Figur 4). En vanlig feil er at man i iveren etter å ta en skikkelig prøve, dreier både plastspatel og ikke minst den endocervicale børsten for mange ganger rundt slik at man fremprovoserer en blødning som kan ødelegge celleprøven.

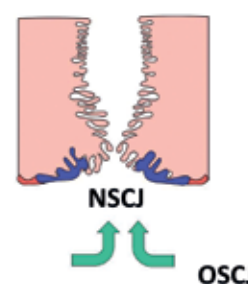
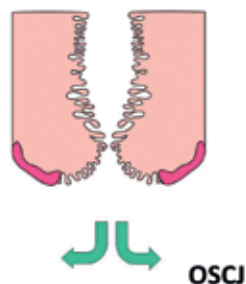
Prøve fra ektocervix: Før inn en plastspatel med den pekende enden inn i livmormunnen og drei sakte rundt 360°. Hold et jevnt press og sørg for god kontakt

1) På cervix møtes to typer celler; sylinder og plateepitelceller (rosa). Den opprinnelige overgangen mellom disse cellene kalles original squamo-columnar junction (OSCJ) og sitter et stykke opp i cervix.



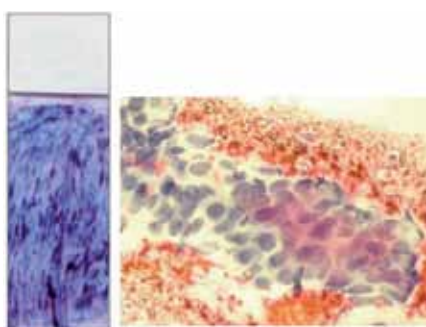
2) Som følge av økt østrogennivå i reproduktiv alder, bres denne OSCJ ut på portio

4) Etter menopause med fallende østrogennivå, trekker TZ seg oppover i cervixkanalen



3) Når sylinderepitelet fra cervixkanalen utsettes for det sure miljøet i vagina, erstattes sylinderepitelet av plateepitel, såkalt metaplasi, og vi får en ny SCJ (NSCJ). Området mellom OSCJ og NSCJ, kalles transformasjonssonen (TZ) (blått).

Figur 1 Utvikling av transformasjonssonen



Figur 2 a) Konvensjonelt utstryk med tørkeartefakter



Figur 2 b) Væskebasert preparat med optimalt bevarte celler



Børsten skylles umiddelbart i fikseringsvæsken og kastes deretter. Væsken inneholder bl.a. 50% metanol.
Instrumentell preparering: Filtreringsmetode



Børstehodet knekkes av og overføres til fikseringsvæsken. Væsken inneholder bl.a. 15-20% etanol.
Instrumentell preparering: Sentrifugeringsmetode

Figur 3



Figur 4 Prøvetaking med spatel og endocervikal børste

med overflaten. Skyll spatelen raskt i glasset med ThinPrep-fikseringsløsning og roter kraftig.

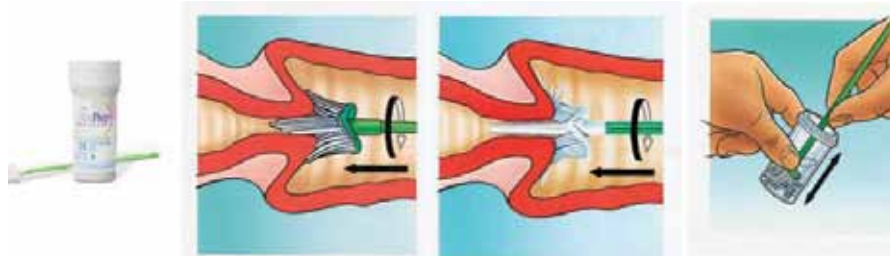
Prøve fra endocervix: Før inn en endocervikal børste i cervikalkanalen og roter sakte $\frac{1}{4}$ eller $\frac{1}{2}$ omdreining. Skyll børsten raskt i samme prøvebeholder ved å rotere kraftig.

2. Bruk av myke børster for kombinert prøvetaking fra ekto- og endocervix (figur 5). Her finnes ulike typer børster til celleprøvetaking. Man skal være oppmerksom på at noen børster som er helt myke, skal føres inn i cervikalkanalen og roteres 5 ganger (alternativ 1) eller roteres 2 ganger (alternativ 2) før børsten skylles raskt i glasset med ThinPrep-fikseringsløsningen ved å trykke børsten mot bunnen 10 ganger og deretter vispe børsten kraftig før den kastes.

Dreier man for få ganger rundt på portio utfra instruksene til det prøvetakingsutstyret man har, vil man kunne få for få celler. Husk å trykke børstene lett mot portio for å få tilstrekkelig med celler. La aldri noen av børstene bli stående i væsken før omrøring ved bruk av ThinPrep® Pap Test metoden, fordi dette vil føre til at cellematerialet fikseres fast til børsten. PS. Ved bruk av BD SurePath™ Pap Test skal børstehodet knekkes av og overføres til fikseringsvæsken.

Årsaker til uegnede prøver ved bruk av ThinPrep® Pap Test

Den viktigste årsaken til uegnede prøver, er at prøvetaker lar børsten stå i væsken før omrøring. Cellene vil i dette tilfellet fikseres fast til børsten, og relativt få celler blir overført til væsken. Børsten må røres om umiddelbart og deretter kastes.



Figur 5 Prøvetaking med kombinasjonsbørste alternativ 1 og alternativ 2 med interfret endocervikal børste.

Instrumentell preparering er en filterteknisk metode hvor celler samles på overflaten av en membran og når instrumentet registrerer at det er nok celler, overføres cellene til objektglasset. Blod, slim og eksplorasjonskrem konkurrerer med epitelcellene om plassen på denne filtermembranen og kan dermed gi for sparsomt cellemateriale.

- Unngå blod i prøvemateriale dersom det er mulig. Blodtilblandede prøver kan behandles ved å lysere blodet med 10 % eddiksyre før preparering i instrumentet. Dette hjelper i 70-80 % av tilfellene, men det brukes mye ressurser på dette. Dersom det fortsatt ikke blir representativt ved ny preparering, skyldes det at det ikke er nok celler i prøven. Prøvetaking under menstruasjon bør unngås.
- Dersom det er rikelig slim bør dette tørkes forsiktig av før prøvetaking.
- Bruk helst saltvann og helst ikke (eller lite) eksplorasjonskrem ved innføring av spekulum. Dersom eksplorasjonskrem må brukes, bruk en vannbasert krem og unngå krem på tuppen av spekelet. Eksplorasjonskrem med carbomers eller carbopol polymers bør ikke brukes, da disse gir synlige strukturer i det

cytologiske preparatet, som forstyrrer vurderingen.

NB. Ved prøvetaking til HPV-test skal det ikke brukes eksplorasjonskrem.

Uavhengig om den væskebaserte celleprøven skal benyttes til HPV-testing eller cytologisk analyse er det viktig at prøvetakingen er optimal. Ta kontakt med cytologilaboratoriet ved usikkerhet om prøvetaking.

Den andre væskebaserte metoden, BD SurePath™ Pap Test, er en sentrifugeringsmetode. Blod, slim og eksplorasjonskrem fører ikke til de samme problemene her, da dette delvis fjernes ved fremføringen.

Konvensjonelt cervikalutstryk

Cervixprøve med trespatel og endocervikal børste eller med børste tas som beskrevet over. Prøven strykes raskt ut på et objektglass. Rask fiksering med alkoholbasert sprayfiksativ er nødvendig. Avstand til objektglass ca. 25-30 cm.



Figur 6 <http://screening.iarc>



En forenklet kolposkopiguide

I Storbritannia må man utføre 150 kolposkopier sammen med en erfaren kolposkopist og ha sertifisering for å få lov til å jobbe selvstendig med utredning av cervix neoplasi. I Norge er det ingen krav før man får lov til å ta biopsier eller behandle kvinner med cervix neoplasi. Dette er ironisk siden noen av verdens mest profilerte kolposkopister er opplært på Radiumhospitalet av Professor Per Kolstad på 60 og 70 tallet. Risikoen ved underdiagnostisering eller underbehandling er invasiv kreft, inkludert tap av fruktbarhet og betydelig morbiditet. Risikoen ved overdiagnostisering og overbehandling er cervixskade, prematur fødsel i etterfølgende graviditet, psykisk belastning for pasienten og sløsing med helsevesenets resurser.

Kolposkopikurs og trening forbedrer sensitiviteten for å fange opp cervical intraepitelial neoplasi grad 2 eller mer (CIN2+) (1). Sensitiviteten ved kolposkopi varierer fra 49 til 85%. "Tilfeldige" biopsier øker sensitiviteten for hver biopsi man tar, men da må man vite hvor man skal ta dem (2-4). Med introduksjon av HPV-testing som primær screening i fire norske fylker i 2015 kommer antall kolposkopier til å øke. Man antar at flere kvinner som er henvist til kolposkopi kommer å ha mer normale kolposkopifunn enn i dag. Mer enn noen gang må det settes krav til kolposkopiferdighet, kunnskap om behandling og oppfølging av kvinner med positiv HPV-test eller cervix neoplasi.

Norsk kompetansesenter for gynekologisk onkologi ved Radiumhospitalet planlegger å holde årlige kolposkopikurs og å utvikle kolposkopi e-læringskurs og en mobil app. I tillegg finnes det gode kolposkopikurs bl.a. i Sverige og England, samt bra kolposkopikurs på internett for dem som ikke har anledning til å reise. Nedenfor er en forenklet kolposkopiguide.

Forenklet kolposkopi-guide basert på terminologi og kolposkopiundervisning fra International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC)(Tabell 1)(5)

Inspisere og visualisere cervix

Inspiser raskt vulva for kondylom eller andre lesjoner. Hvis kolposkopi av cervix er normal, undersøk vagina når spekel trekkes ut. Jod forenkler vaginalundersøkelse. Celleforandringer skyldes ikke alltid forandringer på portio, men kan være pga VAIN.

Kolposkopet bør ha godt sterkt lys, og bør ha mellom 6 og 24 × forstørrelse i flere trinn. Start med hvitt lys og lav forstørrelse for å få en oversikt over cervix. Fjern forsiktig slim og blod med saltvann. Bruk grønt lys for å identifisere atypiske blodkar før man pensler på eddik.

Er kolposkopi adekvat?

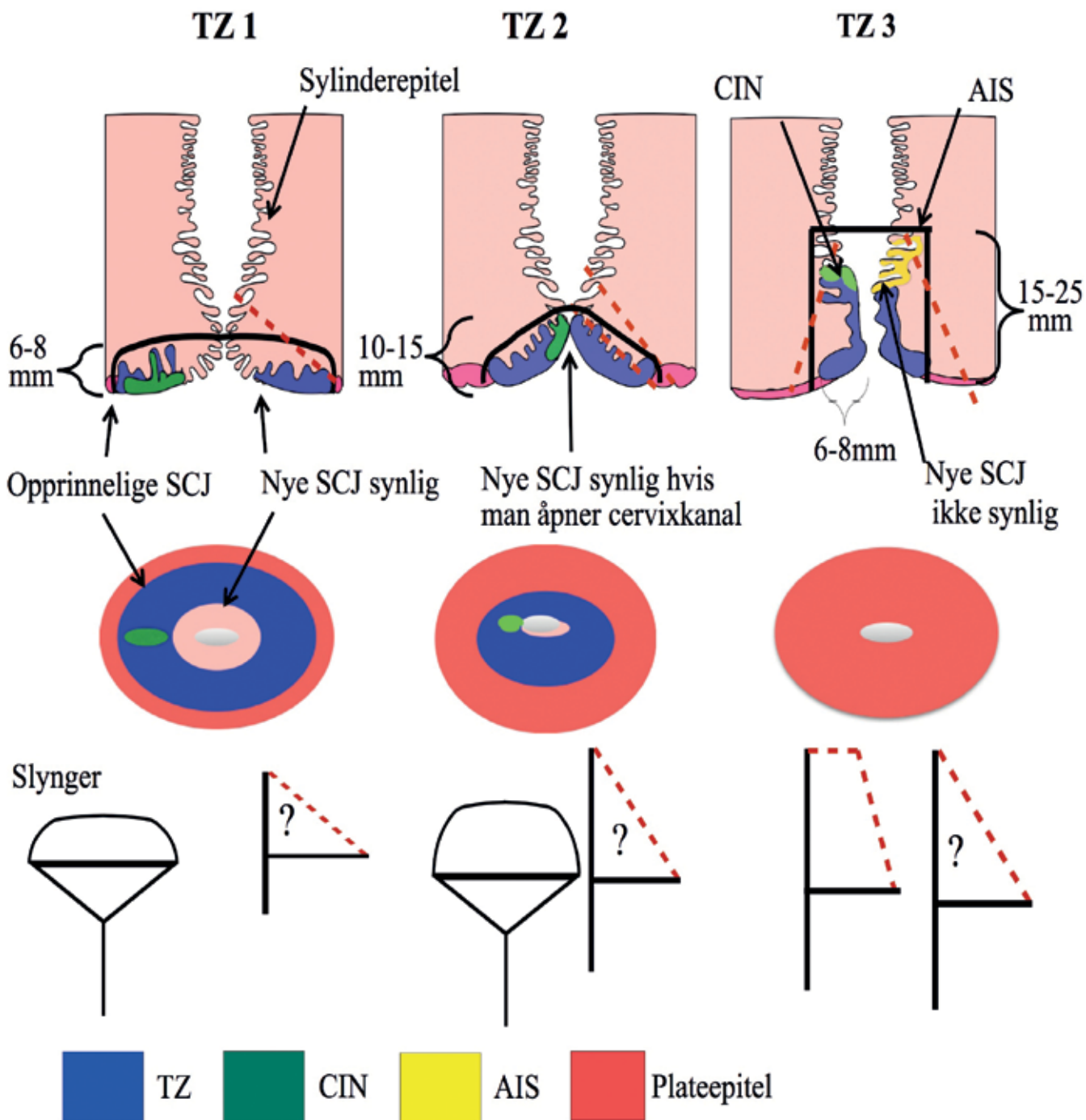
Hele transformasjonssonen (TZ) (Figur

1) og hele kanten til alle lesjoner må være sett (ikke forsvinne inn i kanalen) for at kolposkopi skal bedømmes som adekvat.

Bruk for eksempel vattpinne for å få best mulig oversikt over TZ (Figur 2) og eventuelle lesjoner. Vattpinne kan også brukes til å dytte slim inn i cervicalkanalen for å få bedre oversikt. Er cervix inflammet eller foreligger det betennelse? En aktiv cervicitt kan dekke over celleforandringer.

Identifisere overgangen mellom sylinderepitel og plateepitel og type TZ

Under påvirkning av hormoner utfolder sylinderepitelet seg ut mot ectocervix, endring til sur PH og mekanisk skade stimulerer sylinderepitelet på cervix til å omdannes til plateepitel. TZ er mellom den opprinnelige og nye overgangen mellom sylinderepitel og plateepitel (squamo columnar junction; SCJ) (Figur 1). Før epitelet blir til modent plateepitel ser man metaplasti. Det nye plateepitelet dekker til gamle krypter som gjør at man kan se små kryptåpninger og tilstøtende åpninger som kan lage ovula



Figur 1) Eksempler av typer Transformasjon sone (TZ) som beskriver lokalisasjon av overgang mellom sylinderepitel og plateepitel (SCJ) og forslag til anleggelse av con for å få med transformasjonssonen. Vennligst se tekst

Nabotii. Det er oftest vanskelig å identifisere den opprinnelige SCJ, men de mest laterale kryptåpninger eller ovula Nabotii kan gi en ide om hvor den er (Figur 3).

SCJ, avhengig av alder og hormonstatus eller status etter behandling, kan være forskjellige steder i cervixkanalen. Man pleier å dele in TZ i type 1, 2 og 3 avhengig av hvor denne overgangen er (Figur 1). I Norge bruker vi ikke TZ-typeterminologien ennå, men lokalisasjon av SCJ er viktig å beskrive for

å forklare valg av behandlingsmetode, og er nyttig å bruke for å kvalitetssikre utredning og behandling.

Identifiser unormale områder

Den koloskopiske diagnosen cervix neoplasi stilles ved hjelp av fem observasjoner: 1) intensitet (fargetone) av acetohvit, 2) marginer og overflatekontur av acetohvite områder, 3) vaskulære mønstre, 4) størrelse av lesjon og 5) fargeendringer etter pensling med jod. Strander score (Tabell 2) er et nyere

og internasjonalt anerkjent poengsystem som er lett å bruke og kan være til hjelp for å systematisere kolposkopifunn og vite hvor man bør ta biopsi. I motsetning til mange andre scoringssystem viser Strander score at større lesjon gir økt risiko for høygradig lesjon.

Bruk rikelig med 5% eddik. Observer med hvitt lys hele tiden mens eddiken virker. Tålmodighet er nødvendig i dette trinnet, fordi effekten av eddiksyre

utvikler seg gradvis i løpet av 1 minutt. Ny eddiksyre bør påføres hvert 2.-3. minutt da eddiksyreeffekten forsvinner raskt. Jo høyere grad av neoplas, desto raskere blir det acetohvitt, og desto tykkere blir forandringen og unormale blodkar fremtrer langsommere. Høygradige lesjoner mister den acetohvite forandringen saktere.

Det er viktig å undersøke mange med normale celleprøver for å vite hvordan en normal cervix ser ut. Metaplasi blir tynt acetohvitt og kan være vanskelig å skille fra lavgradig CIN.

Lavgradig CIN blir ofte sett på som tynne, slørete, glatte acetohvite lesjoner med godt avgrenset, men uregelmessig, geografiske, eller satellitter eller skarpe kanter (Figur 4).

Høygradig CIN er forbundet med tykke, tette, matte, ugjennomsiktige eller grå-hvite

acetohvite områder med godt avgrensede, regelmessige marginer, ofte med elevert kant. Man kan tenke på acetohvite forandringer som strøk av hvit maling. Jo høyere CIN grad jo flere lag maling. Overflatekonturen av de acetohvite områder knyttet til høygradige CIN-lesjoner har en tendens til å være uregelmessig og nodulær. Visualisering av en eller flere kantlinjer innen en acetohvit lesjon eller en acetohvit lesjon med varierende fargeintensiteten og tykke ringer rundt krypter, er forbundet med høy grad av lesjoner (Figur 4 og 5).

Vaskulære mønstre som punktasjon og mosaikk er signifikante hvis disse blir sett i acetohvite områder. Vaskulære mønstre, for eksempel fine punktasjoner og/eller fine mosaikker i acetohvite områder, er oftest assosiert med lav grad av CIN. Tykkere acetohvite områder uten fine punktasjoner og mosaikk representerer ofte en mer alvorlig grad av CIN enn hvis man ser fine punktasjoner og mosaikk i området. Grove punktasjoner og/eller grove mosaikker med store mellomrom i acetohvite områder har en tendens til å oppstå i høygradige lesjoner. Atypiske blodkar er ofte litt "rotete", "bisarre", tykke og trestammeligende. Man bør reagere om man ser kar som ser ut

2011 IFPC kolposkopi terminologi			
Generell vurdering		<ul style="list-style-type: none"> Adekvat/ inadekvat PGA ... (f. eks. blødning, arr, betennelse) Overgang mellom sylinderepitel - og plateepitel synlighet: helt synlig, delvis synlig, ikke synlig Transformasjonssone (TZ) type 1, 2, 3. 	
Normale kolposkopifunn		Opprinnelig plateepitel <ul style="list-style-type: none"> Modent Atrofisk Sylinderepitel <ul style="list-style-type: none"> Ektopi Metaplastisk plateepitel <ul style="list-style-type: none"> Ovula nabotii Kjertelåpninger Descidua under graviditet 	
Unormale kolposkopifunn	Generelle prinsipper	Lokalisasjon av lesjon: Innenfor eller utenfor TZ. Lokalisasjon angis med klokken	
		Størrelse av lesjonen: Antall kvadranter, prosentandel av cervix	
	Lavgradige	Tynt acetohvitt epitel, irregulære, geografiske kanter	Fin mosaikk, punktasjoner
	Høygradige	Tykt acetohvitt epitel, acetohvit forandring framkommer raskt, tykk ring rundt glandelåpning	Grov mosaikk, grov punktasjon, skarp kant, indre kant, elevert lesjon?
	Ikke spesifikke	Leukoplaki, erosjon, Jod/Lugos farging (brunt/gult)	
Suspekt for invasjon		Atypiske kar. Tilleggsfunn: Skjøre blodkar, ujevn overflate, exofytisk lesjon, nekrose, Ulcerasjon (nekrotisk) tumor	
Diverse funn		Kongenital TZ, kondylom, polypp (ektocervical/endocervical), inflammasjon	Stenose, medfødt feil, funn etter behandling, endometriose

Tabell 1) 2011 International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy kolposkopi (IFCPC) terminologi

som tykke komma eller korkskruer (Figur 6). Atrofisk cervix plateepitel har ofte tynne grenlignende kar.

Bruk av jod

Joden, også kalt Lugols eller Schiller løsning, tas opp i modent epitel med glykogen (Figur 7). Det modne plateepitelet farges mahognibrunt. Det dysplastiske epitelet farges ikke og blir derfor markert gult. Joden synliggjør ofte spredte lesjoner som sitter litt lengre ut på cervix, som er lett å overse med kun eddik. I vagina kan det være nyttig å bruke jod. Man kan raskt se gule flekker med VAIN, som er lett å overse med eddik. Ved hysterektomi på grunn av gjentatte celleforandringer etter flere koniseringer kan det være lurt å kolposkopere med jod slik at man er sikker på at man får frie render vaginalt. Fem prosent av befolkningen



Figur 2) Først så alt normalt ut. Etter pensling med eddik og åpning av kanalen så man to atypiske områdene. Foto Eva Rylander

har opprinnelige SCJ helt ut i øvre del av i vagina.

Man kan ikke alene bruke jod for å identifisere celleforandringer da umodent epitel ikke blir brunt. Betennelse lager også et lettere flekkgult område. Sylinderepitel farges oftest med oransje øyer av jod. Jod er ikke aktuelt hos kvinner med lavt østrogennivå i vaginalt epitel, som ved amming eller etter overgangsalderen, da epitelet inneholder lite eller intet glykogen.

Hvor skal man ta biopsi?

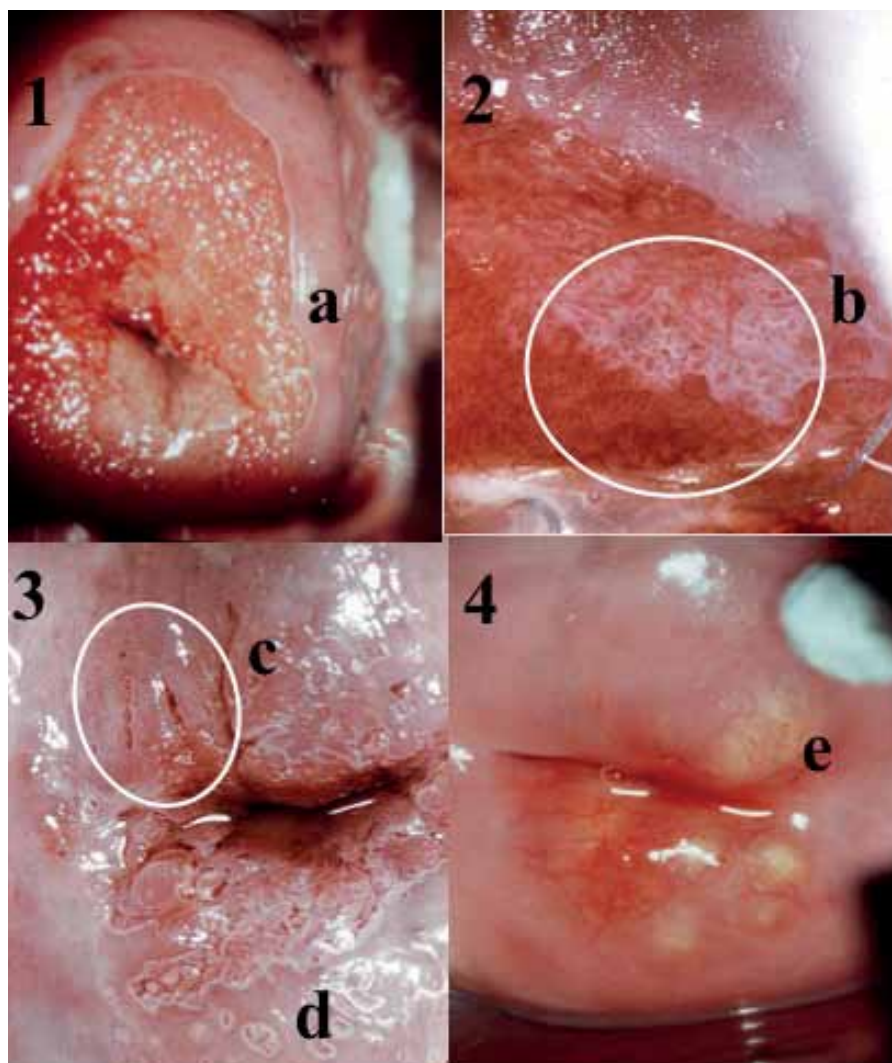
Det er antatt at HPV-infeksjonen oftest begynner i SCJ. Premaligne lesjoner i plateepitel oppstår i metaplastisk plateepitel og brer seg i distal retning. Premaligne lesjoner i sylinderepitel oppstår i sylinderepitelet og brer seg i proksimal retning. Det er viktig å ta biopsier der man ser de mest alvorlige forandringene i lesjonen, men oftest er den høyeste graden av CIN i nærheten av SCJ. Hvis kolposkopien er normal, må man ta biopsi i SCJ for å få en representativ prøve. Det er viktig å prioritere skarpe biopsi tenger for adekvat utredning med cervix neoplasi. Kolposkopi har lav sensitivitet. Tre til fire biopsier øker sensitiviteten betydelig(4).

Ved ikke tilfredsstillende kolposkopiske betingelser (SCJ kun delvis eller ikke synlig, og/eller øvre begrensning av lesjonen ikke synlig), ved tidligere behandling av cervix neoplasi og ved unormale kjertelepitelforandringer, må man gjøre endocervikalt cervixutskrap.

Behandling av høygradig cervix neoplasi

Anbefalinger om hvilke pasienter man skal behandle står i Veileder i gynekologisk onkologi. Slynge-konisering har forenklet behandlingen av kvinner med høygradig CIN og adenocarcinoma in situ (AIS), men det er viktig å bruke rett type slynge. Det er også viktig å tilpasse dybde og bredde av konen i forhold til TZ type og størrelsen av lesjonen, mistanke om invasjon og ikke minst alder og barneønske.

Cervix neoplasi kan gå helt ned i "gamle krypter" på 6 mm. Det er derfor viktig



Figur 3) Ulike bilder av normale kolposkopi funn

1. Ektopi: a. Symmetrisk, evertert sylinderepitel med skarp grense mot plateepitel. Blør ofte når man tar celleprøve 2 og 3. Metaplasi: b. Fusjon mellom sylinderepitelet. Blir hvitt med eddik. c. "Tunger" av nytt sylinderepitel. Mellom dem finnes fårer. d. Øyer av sylinderepitel i metaplastisk plateepitel. 4. TZ der man ikke ser SCJ. e. Ovula Nabotii ses i ytterkanter av TZ. Foto Eva Rylander

å alltid gå minst 6 mm dypt. HPV kan ha kommet inn i epitelet i hele TZ. Det er derfor viktig å etterstrebe fjerning av hele TZ hos kvinner som ikke er i fertil alder. Man bør se i kolposkopet mens man gjør konisering.

Ved konisering av type I TZ med synlig SCJ trenger man ikke gå dypere enn 6 -8 mm. Hvis man bruker slynge anbefales en buetformet slynge for å fjerne kun nødvendig område istedenfor en trekantet seglformet slynge som kan fjerne unødvendig vev. Risikoen for premature fødsler øker etter konisering generelt. (6, 7). En nyere metaanalyse viser dog at risikoen for prematur fødsel ikke er signifikant forskjellig mellom kvinner som kun biopses men ikke koniseres for celleforandringer versus

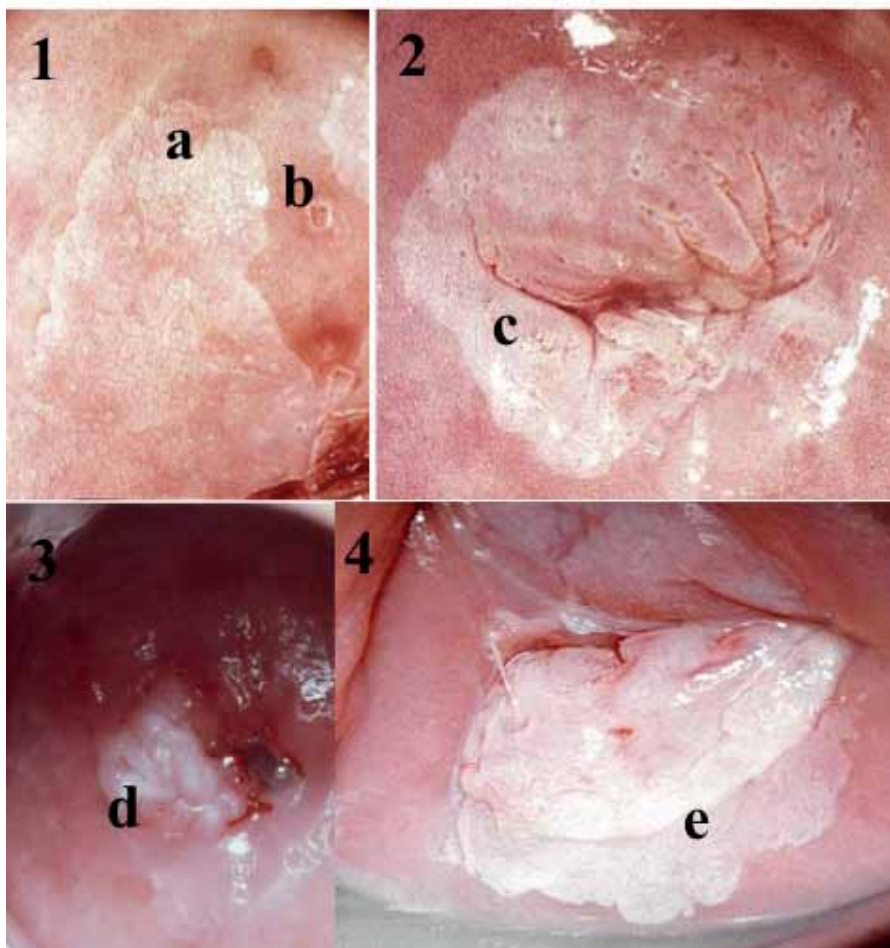
kvinner som koniseres, så lenge dybden er under 10mm (liten kon). Samme forskningsgruppe har også funnet at ikke bare dybden, men også volumet som fjernes har betydning. På den andre siden øker risikoen betydelig for recidiv hvis man ikke har frie render, og en rekonisering øker igjen sannsynligheten for prematur fødsel signifikant på lik linje med en stor kon (som blir definert som mer enn 15 med mer dyp). Det er derfor viktig å etterstrebe frie render uten å fjerne mer enn nødvendig vev. Studier har og vist at man ofte fjerner mer vev enn det man trur at man gjør (Kyrgiou M, Cochrane review presentasjon IFCPC Congress mai 2014). "Small" trekantsslynge hos noen leverandører går 12mm dypt. "Large shallow" trekantsslynge går bare 6 mm

dypt, men kan være unødvendig bred og fjerner et større volum. Etterbehandling med laservaporisering eller diatermi ved usikker eller ikke fri reseksjonskant, for å "forsikre seg" om at man har tatt alle forandringene, bør man være tilbakeholden med hos kvinner med barneønske da det kan gi ytterligere og unødig skade på cervix. Laservaporisering etter konisering skal primært benyttes for å oppnå hemostase.

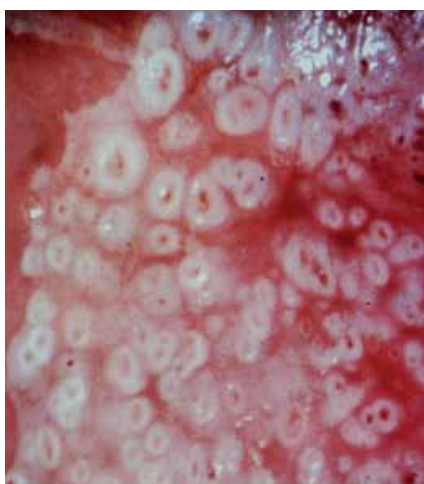
Ved type 2 TZ må man, for eksempel med en vattpinne, åpne opp ytre mormunn litt for å se overgangen mellom plate- og sylinderepitel. For å få med seg krypter med mulige celleforandringer må man anlegge en noe dypere kon, helst buetformet, dersom man bruker slynge.

Ved type 3 TZ der SCJ er så langt inn at man ikke kan se den, eller ved adenocarcinoma in situ, anbefales en sylindereformet "kon" for å få med seg eventuelle celleforandringer i kryptene som kan være 6mm dype hele veien opp. Alternativt kan man benytte en slynge eller en buetformet slynge til konisering hvor man til slutt tar ut en liten ekstra bit fra sårsengen i området med cervikalkanalen med en liten slynge (såkalt «top-hat»). Patologene liker ikke å få kon i to biter, men det kan bli mer riktig for å få med seg nødvendig vev fra cervikalkanalen. Det er da viktig å merke hvor bitene kommer fra.

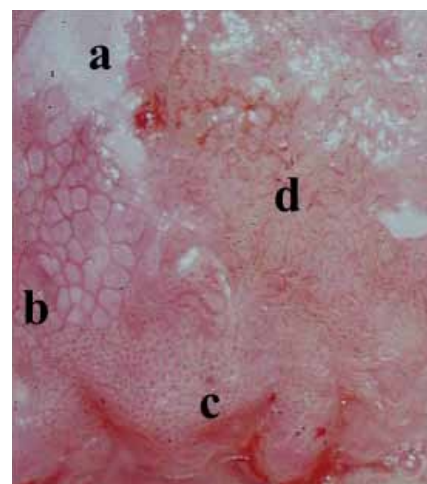
Det anbefales alltid å spenne ut konen på en korkplate med nåler, med ulike farger som angir hva som er kl 6. og 12, slik at patologene lettere kan orientere biten i sin besvarelse. Gjennomsnittshøyden for AIS er 15 mm inn i kanalen. Hos dem som har barneønske anbefaler man ofte at man bør gå 15 mm dypt inn. Hos dem som ikke har barneønske bør man gå 20-25 mm dypt inn. Dette kan gjøres med laser, diaterminål eller med "rektangel"-formet slynge. Trekantformede slynger får ikke alltid med seg nødvendige krypter på toppen av konen. Selv om det er frie render kan lesjonen ligge lengre lateral i vevet. Risikoen for senere cervixcancer er større desto mindre kon du tar(8).



Figur 4) Acetooptak og kanter. 1. CIN1. a. Tynt svakt acetohvitt område med antydning til mosaikk mønster. Bladlignende kant. b. Liten øy av sylinderepitel til høyre i bilde. 2. CIN2. c. Litt mer tykk hvit og mer skarp grens i nedre venstre kvadrant. Biopsi bør taes der. 3. Platt kondylom. Blir svullet og hvitt med eddik. Biopsi må taes for å utelukke CIN. 4. CIN3. e. Etter eddik ser man en skarp indre grens.



Figur 5) CIN3 med "cuffing" tegn; nedvekst av atypisk fortykket acetohvitt epitel i krypter. CIN i kjertler, Normalt sylinderepitel i bunn. Foto Eva Rylander



Figur 6) a. Hyperkeratos. b. Mosaikk; blodkar parallelt med epitel. c. Punktasjoner; blodkar løper vinkelrett opp gjennom epitelet og snur ned igjen med dilatasjon oftest på toppen. Ju grovere kar og ju større mellomrom mellom mosaikk og punktasjon ju større grad av CIN. d. Unormale blodkar. Foto Eva Rylander

Dokumentasjon er viktig

Det er viktig å dokumentere kolposkopifunn med foto eller tegninger for å kunne dokumentere valg av behandling, for å kunne følge forandringer og ikke minst for å lære av sine egne kolposkopifunn. Man må også

huske at patologens bedømming er subjektiv. Hvis man er sikker på at man har sett noe man tolker som høygradige lesjoner, kan man be om at det lages flere snitt eller at det brukes spesifikke immunfarginger.

Poeng	0	1	2
Aceto opptak	0 eller transparent	Slørete	Stearinflekk
Kanter	0 eller diffuse	Uregelmessige, flikete, skarpe. Satelitter	Regelmessige, skarpe eller nivåforskjell
Kapillær mønster	Fint, regelmessig	Savnet	Grove eller bisarre kar
Størrelse	<5mm	5-15mm med mer eller 2 kvadranter	>15mm med mer, 3-4 kvadranter eller endocervikalt uavgrensbart
Jod-opptak	Brunt	Svakt gult eller flekkete	Kanarigult

Tabell 2) Strander/Swede kolposkopi score. Fem variabler tilsvarende 1-5 ovenfor får verdi på 0, 1 eller 2. Ved fullt utslag kan man få maksimalt 10 poeng. 1-4 poeng taler imot CIN2+ mens 8-10 taler for.

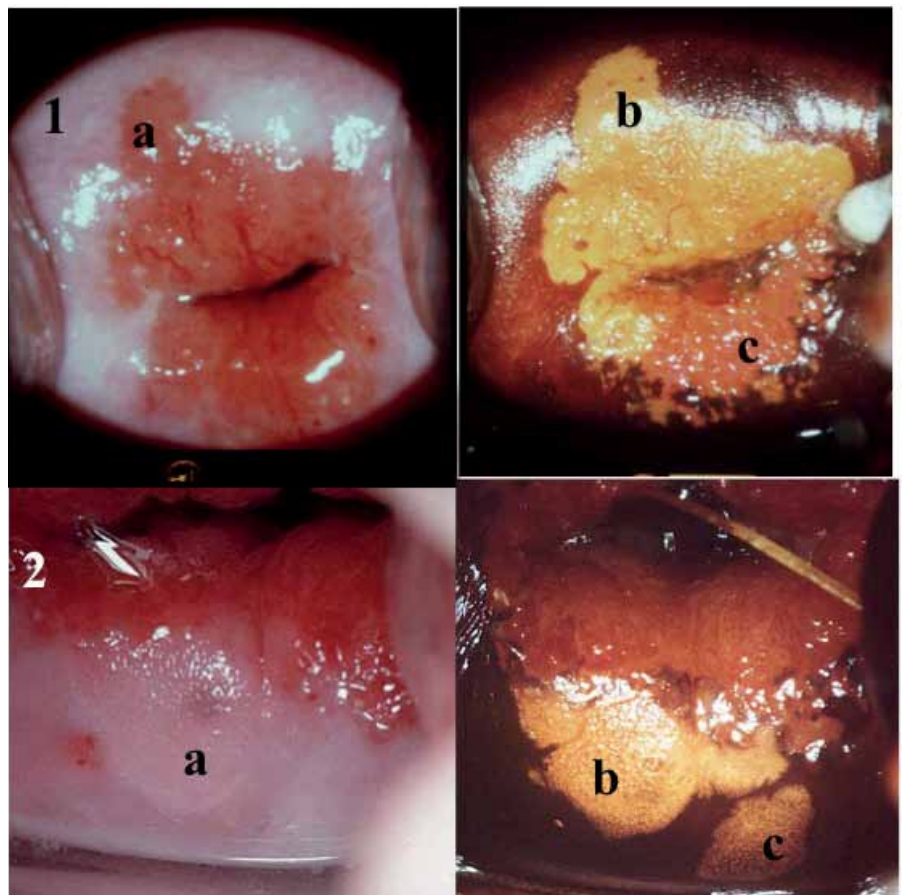
Gå på kurs og søk kunnskap

Dette er på ingen måte en fullstendig guide til kolposkopi. Blant annet kommer jeg ikke inn på differensialdiagnoser eller AIS forandringer. Det er viktig å ta kurs og å lese om kolposkopi og ikke minst lære av flinke kollegaer. På nettet finnes god og gratis informasjon på <http://screening.iarc.fr>. Et annet tips er å google: PowerPoint og colposcopy. Da får man opp mange gode kolposkopi foredrag.

Lykke til!

Referanser

- Ferris DG, Spitzer M, Werner C, Dickman ED, Shiver RL. Colposcopy quality control for clinical trials: the positive effects from brief, intensive educational intervention. *J Low Genit Tract Dis.* 2002;6(1):11-6.
- Underwood M, Arbyn M, Parry-Smith W, De Bellis-Ayres S, Todd R, Redman CW, et al. Accuracy of colposcopy-directed punch biopsies: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2012;119(11):1293-301.
- Leeson SC, Alibegashvili T, Arbyn M, Bergeron C, Carriero C, Mergui JL, et al. The future role for colposcopy in Europe. *J Low Genit Tract Dis.* 2014;18(1):70-8.
- Pretorius RG, Belinson JL, Burchette RJ, Hu S, Zhang X, Qiao YL. Regardless of skill, performing more biopsies increases the sensitivity of colposcopy. *J Low Genit Tract Dis.* 2011;15(3):180-8.
- Tatti S, Bornstein J, Prendiville W. Colposcopy: a global perspective: introduction of the new IFCPC colposcopy terminology. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2013;40(2):235-50.
- Sjoberg KD, Vistad I, Myhr SS, Svenningsen R,



Figur 7.1) CIN2. a. Atypisk TZ på øvre mormunnsleppe før og etter jod pensling. Ikke brukt eddik her. Mistenke CIN ved slik rød asymmetrisk utløper kl. 1. b. Jod viser sikker dysplasi mellom kl. 9 - 3. c. Ektopi (rosa med jod) kl. 3-8. Figur 7.2) CIN2. a. Eddik får området til å bli lett hvitt, hovne opp og får en gryning struktur. b. Jod gjør området synligere. c. Område kl. 5 synes og bedre. Foto Eva Rylander

Herzog C, Kloster-Jensen A, et al. Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(4):423-8.

- Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S, Irgens LM, Iversen OE. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation:

population based cohort study. *BMJ.* 2008;337:a1343.

- Strander B, Andersson-Ellstrom A, Milsom I, Sparen P. Long term risk of invasive cancer after treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 3: population based cohort study. *BMJ.* 2007;335(7629):1077.

Gene expression in ovarian carcinoma and correlation with prognostic factors and survival - A study of mRNA and miRNA profiling and differentiability

Bente Vilming Elgaaen, lege ved Oslo Universitetssykehus (OUS), disputerte 20. mars 2014 for graden PhD ved Universitetet i Oslo med avhandlingen "Gene expression in ovarian carcinoma and correlation with prognostic factors and survival - A study of mRNA and miRNA profiling and differentiability".



Ovarialcancer er den fjerde hyppigste årsak til kreftdød blant kvinner i Norge. De aller fleste tilfeller oppdages i sene stadier, og færre enn 30 % av disse pasientene er i live etter fem år.

Ovariale carcinomer (OC) utgjør mer enn 90% av tilfeller med ovarialcancer, og består av flere undergrupper som adskiller seg både genetisk, biologisk og klinisk. Likevel behandles pasientene med ulik type OC i dag stort sett likt og lite målrettet fordi kunnskapen om disse forskjellene er mangelfull. Økt innsikt i carcinogenesen for de ulike OC subgrupper er grunnleggende for å identifisere nye subgruppe-spesifikke terapeutiske angrepspunkter for deretter å kunne utvikle nye og mer skreddersydde og effektive behandlingsstrategier, som forhåpentligvis vil forbedre prognosen for disse pasientene.

Materialet inkludert i doktorgradsarbeidet er i hovedsak fra en biobank (GSI) ved Gynekologisk avdeling, OUS, Ullevål, der Bente Vilming Elgaaen har vært ansatt som LIS lege, men også fra en biobank ved Avdeling for Patologi, OUS, Radiumhospitalet. Analysene ble utført ved Avdeling for Medisinsk biokjemi, OUS, Ullevål. Studiene er basert på et samarbeid med nevnte avdelinger og Avdeling for Gynekologisk kreft, Radiumhospitalet, der Bente Vilming Elgaaen

har vært ansatt som LIS lege i D-stilling.

Målet med doktorgradsarbeidet var å identifisere differentielt (ulikt) uttrykte mRNA og miRNA i hovedsakelig høygradige serøse ovariale carcinomer (high-grade serous ovarian carcinoma; HGSC) og klarcellede ovariale carcinomer (clear cell ovarian carcinoma; CCC), å evaluere deres betydning for prognose og overlevelse, samt for HGSC å kartlegge potensielt betydningsfulle molekylære signalveier og mRNA-miRNA interaksjoner. Mens det fra mRNA produseres protein, kan miRNA ved å interagere med mRNA regulere mRNA-nivået og derved bidra til å styre proteinproduksjonen.

I sin avhandling har Bente Vilming Elgaaen og hennes medarbeidere identifisert differentielt uttrykte mRNA og miRNA mellom HGSC, CCC og normalt ovarialt overflateepitel (ovarian surface epithelium; OSE) ved global genekspressionsprofilering (Affymetrix), hvor genuttrykket av alle kjente gener analyseres, og RT-qPCR analyser. Klare forskjeller mellom de ulike gruppene ble funnet. I HGSC vs. OSE var for eksempel ZNF385B og CRISP2 hhv. 130 og 58 ganger lavere uttrykt, mens LCN2 og FOXM1 var hhv. 114 og 46 ganger høyere uttrykt. De miRNAene som var mest differentielt overuttrykt (33–66 ganger) i både HGSC og CCC vs. OSE tilhører en gruppe miRNA (miR-200 familien) som har med spredning av kreftceller å gjøre. Flere miRNA som skilte HGSC fra CCC ble også identifisert (bl.a. miR-509-3-5p, miR-509-5p og miR-509-3p).

Flere av de mest differentielt uttrykte RNA molekylene ble også funnet å korrelere med overlevelse og prognostiske faktorer. VEGFA, et gen som er viktig i angiogenesen, var 6 ganger høyere uttrykt i HGSC vs. OSE, og var assosiert med kort progresjonsfri overlevelse. ZNF385B, som tilhører en genfamilie som er viktig for transkripsjon, var kraftig underuttrykt i HGSC vs. OSE og var assosiert med lang totaloverlevelse. Et av miRNAene, miR-200c-3p, var blant de mest overuttrykte miRNAene i både HGSC og CCC vs. OSE og assosierte med kort progresjonsfri- og total overlevelse hos pasienter med HGSC. Dessuten ble FOXM1 og TPX2 (hhv 46 og 28 ganger høyere uttrykt i HGSC vs. OSE) funnet å korrelere med normalisering av CA125 etter behandling hos pasienter med HGSC.

mRNA signalveier og mRNA-miRNA interaksjoner ble kartlagt for HGSC. For eksempel ble en signalvei bestående av fem av de mest overuttrykte mRNAene (VEGFA, BIRC5, FOXM1, TOP2A og TPX2) i HGSC vs. OSE kartlagt, og alle var i interaksjon med TP53, som er mutert i nesten alle HGSC. Alle genene i denne signalveien er kjent i cancersammenheng, og har med celleproliferasjon og transkripsjon å gjøre.

Mange av de identifiserte mRNA og miRNA deltar med stor sannsynlighet i utviklingen av ulike typer OC, og kan representere potensielle angrepspunkter for fremtidig målrettet behandling av pasienter med ovarialcancer.

- Mari Løset
- har disputert ved NTNU
- mari.loset@gmail.com

Genetisk disposisjon for utvikling av preeklampsi

Mari Løset disputerte nylig for PhD-graden ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) med avhandlingen "Genetic predisposition to preeclampsia - genetic association studies on population-based cohorts and transcriptional studies on decidua basalis tissue". Arbeidet med PhD-graden ble startet på Forskerlinjen i medisin som er et tilleggsstudium for studenter på medisinstudiet ved NTNU. Hun har vært tilknyttet Forskningsgruppe for inflammasjon og genetikk i svangerskap ved Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, NTNU. I løpet av PhD-perioden har hun hatt forskningsopphold ved Texas Biomedical Research Institute, San Antonio, Texas, og ved Centre for Genetic Origins of Health and Disease, The University of Western Australia, Perth. Her presenterer hun noen av hovedfunnene ved forskningen sin.



Mari Løset

Preeklampsi oppstår i 2-8% av alle svangerskap, og er en av de viktigste årsakene til sykdom og død hos mor og foster. Til tross for intensiv forskning er årsakssammenhengene for utvikling av preeklampsi fortsatt uklare. Vi vet at redusert blodgjennomstrømming i placenta har en sentral rolle, og prosesser i decidua, som er den maternelle delen av placenta og utgjør møtesonen mellom mor og foster, kan være avgjørende. Andre forhold virker også inn, som forhøyet kronisk inflammasjon hos mor. Forhøyet kronisk inflammasjon er også forbundet med overvekt, diabetes og forhøyet blodtrykk.

Preeklampsi kan også ha konsekvenser på lengre sikt, blant annet er det en klar sammenheng mellom sykdommen og utvikling av hjerte-karsykdom senere i livet.

Det er økt forekomst av preeklampsi i enkelte familier. Epidemiologiske studier har vist at genetiske faktorer utgjør omtrent 50% av risikoen for sykdomsutvikling. Formålet med denne studien var å kartlegge genetisk disposisjon for utvikling av preeklampsi.

I avhandlingen ble det benyttet deciduallvev



Siv Boon Mundal og Mari Løset studerer placenta, forto: Geir Mogen.

fra kvinner med preeklampsi, og/eller føtal veksthemming og kvinner med normale svangerskap samlet inn ved St. Olavs hospital og Haukeland universitetssykehus for å se på forskjell i genuttrykk mellom disse gruppene. RNA ble isolert, og en helgenomstranskripsjonsstudie med mer enn 48 000 transkripter fra alle kjente gener ble gjennomført. Deretter ble det foretatt nettverksanalyser for å se om de ulikt uttrykte genene påvirket hverandre. Videre har vi brukt data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 2), Medisinsk fødselsregister og The Western Australian Pregnancy Cohort (Raine) Study til å sammenlikne gen-varianter mellom kvinner med preeklampsi og normale svangerskap. Vi har også undersøkt om spesifikke gen-varianter på kromosom 2 kan disponere både for preeklampsi og risikofaktorer for

hjerter-karsykdom.

Analysene av deciduallt vev viste at 455 transkripter var ulikt uttrykt hos kvinner med preeklampsi sammenliknet med kvinner med normale svangerskap. Disse transkriptene omfattet både nye kandidatgener, for eksempel ARL5B og SLITRK4, og gener som tidligere var assosiert med preeklampsi, for eksempel PLA2G7 og HMOX1. Sju signifikante reaksjonsveier som var assosiert med preeklampsi ble identifisert. Disse var blant annet relaterte til immunologiske mekanismer, utviklingen av blodkar, oksidativt stress, stress i endoplasmatisk retikulum (ER) og forstyrrelser i fetttsyre-metabolismen. I videre analyser fant vi at stress i ER var særlig aktivert ved preeklampsi med føtal veksthemming. Denne gruppen viste også ulikt uttrykk av genet STOX2, som kan

være en medvirkende årsak til redusert blodgjennomstrømning i placenta. Vi fant ut at fire gen-varianter på kromosom 2 som tidligere er assosiert med preeklampsi også kan være assosiert med risiko-faktorer for hjerter-karsykdom.

Denne studien har bidratt til å underbygge og identifisere noen av de sentrale mekanismene som er knyttet til utviklingen av preeklampsi og vi er kommet litt nærmere forståelsen av sammenhengen til senere hjerter-karsykdom. Målet på lang sikt vil være å identifisere kvinner med økt risiko for preeklampsi og hjerter-karsykdom, samt å kunne utvikle nye diagnostiske tester og behandlingsmåter.



Unik kombinasjon – klar til bruk

Tachosil[®] – pålitelig hemostase og vevsforssegling på 3-5 minutter.^{1,2}

- Ideell ved behov for rask effektiv hemostase²
- Kan klippes og appliseres rundt anatomiske strukturer²
- Er elastisk og har en sterk limende evne³
- Er kontraindisert til intravaskulær bruk samt ved overfølsomhet for innholdsstoffene²

1) Czerny et al. Collagen patch coated with fibrin glue components. Journ.of Cardiovasc.surg. Vol 41,no 4,553-557 2002,
 2) Preparatomtale (SPC),
 3) Carbon RT: Evaluation of biodegradable fleece-bound sealing: History, material science, and clinical application. Tissue engineering and biodegradable equivalents. Scientific and clinical applications. Edited by Lewandrowski K-U, Wise DL, Trantolo DJ, Gressed JD, Yaszemski MJ, Altobelli DE. Marcel Dekker, 2002.



Nycomed: a Takeda Company

C TachoSil «Takeda Nycomed» Lokalt hemostatikum.

ATC-nr.: B02B C30

T **MEDISINERT SVAMP:** Hver cm² inneh.: Humant fibrinogen 5,5 mg, humant trombin 2 IE, equint kollagen, humant albumin, natriumklorid, natriumsitrat, L-argininhydroklorid. Fargestoff: Riboflavin [E 101].

Indikasjoner: TachoSil er indisert hos voksne som støttebehandling ved kirurgiske inngrep for å bedre hemostasen, fremme vevsforssegling og for suturstøtte ved karkirurgi der standardteknikker ikke er tilstrekkelige.

Dosering: Skal bare brukes av erfarne kirurger.

Voksne: Antall kollagensvamper som anvendes bør alltid være i samsvar med det underliggende kliniske behov, relatert til størrelsen på sårflaten og må vurderes individuelt av den behandelende kirurg. I kliniske studier har valg av dosering vanligvis variert mellom 1-3 svamper (9,5 cm x 4,8 cm), men bruk av opptil 7 er rapportert. For mindre sårflater, f.eks. ved minimal invasiv kirurgi, anbefales kollagensvamper av mindre størrelse (4,8 cm x 4,8 cm eller 3 cm x 2,5 cm). Spesielle pasientgrupper: Barn og ungdom <18 år: Anbefales ikke pga. utilstrekkelige sikkerhets- og effektdata.

Tilberedning: For instruksjoner vedrørende håndtering før bruk, se pakningsvedlegg.

Administrering: Kun til epilesjonell og lokalt bruk. Skal ikke brukes intravaskulært. Se pakningsvedlegg for instruksjoner vedrørende administrering. Det er sterkt anbefalt å journalføre navn og batchnr. hver gang preparatet benyttes.

Kontraindikasjoner: Intravaskulær bruk. Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Data for anvendelse ved nevrokirurgi eller gastrointestinal anastomose foreligger ikke. Allergiske hypersensitivitetsreaksjoner kan oppstå. Tegn på hypersensitivitetsreaksjoner er utslett, generell urticaria, tetthetsfølelse i brystet, tungpustethet, hypotensjon og anafylaksi. Dersom disse symptomer/tegn oppstår, skal administreringen avbrytes umiddelbart. Hvis sjokktilstand inntreffer, skal gjeldende prosedyre for sjokkbehandling følges. Tiltak for å forebygge infeksjoner ved bruk av legemidler fremstilt fra humant blod eller plasma omfatter seleksjon av blodgivere, screening av hver enkelt tapping og plasmapooler for infeksjonsmarkører, og effektiv inaktivisering/fjerning av virus som en del av produksjonsprosessen. Til tross for dette kan en ikke fullstendig utelukke muligheten for overføring av smittsomme agens. Dette gjelder også virus eller patogener som hittil er ukjent. Tiltakene anses å være effektive mot kappekleddede virus som hiv, HBV og HCV, og mot det ikke-kappekleddede viruset HAV. Tiltakene har begrenset verdi mot ikke-kappekleddede virus som parvovirus B19. Infeksjon med parvovirus B19 kan være alvorlig for gravide kvinner (fosterinfeksjon) og for personer med immundefekt eller økt erythropoiese (f.eks. hemolytisk anemi).

Interaksjoner: Preparatet kan denatureres ved kontakt med oppløsninger som inneholder alkohol, jod eller tungmetaller (f.eks. antiseptiske oppløsninger). Denne type substanser skal fjernes så godt som mulig før bruk av preparatet.

Vis interaksjoner for B02B C30

Graviditet, amming og fertilitet: Sikkerheten ved bruk under graviditet eller amming er ikke klarlagt. Eksperimentelle dyrestudier er ikke tilstrekkelige til å utrede reproduksjonstoksiske effekter, og/eller effekter på embryo-/fosterutvikling, svangerskapsforløp, fødsel og/eller postnatal utvikling. Skal ikke administreres til gravide og ammende, hvis ikke strengt nødvendig.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Øvrige: Feber. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Immunsystemet: Hypersensitivitet eller allergiske reaksjoner kan oppstå i sjeldne tilfeller hos pasienter behandlet med fibrin. I enkelte tilfeller har disse reaksjonene utviklet seg til alvorlig anafylaksi. Slike reaksjoner kan spesielt observeres ved gjentatt bruk av legemidlet eller dersom det administreres til pasienter med kjent hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. Antistoffer mot innholdsstoffer i fibrinpreparater til sårlukking/hemostatika kan forekomme i sjeldne tilfeller. Svært sjeldne (<1/10 000): Hjerne/kar: Livstruende tromboemboliske komplikasjoner kan forekomme dersom legemidlet utilsiktet administreres intravaskulært.

Overdosering/Forgiftning: Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering.

Egenskaper: Klassifisering: Lokalt hemostatikum. Inneholder fibrinogen og trombin som et tørket belegg på overflaten av en kollagensvamp. Den aktive siden er farget gul. Virkningsmekanisme: Ved kontakt med fysiologiske væsker, f.eks. blod, lymfe eller fysiologisk saltvann, oppløses innholdsstoffene i belegget og diffunderer delvis inn i såroverflaten. Dette etterfølges av fibrinogen-trombinreaksjonen som initierer det siste trinnet av den fysiologiske blodkoagulasjonsprosessen. Fibrinogen blir omdannet til fibrinmonomere som spontant polymeriserer til et fibrinkoagel, og som på denne måten holder kollagensvampen fast til såroverflaten. Fibrin blir deretter kryssbundet med endogen koagulasjonsvev som kapsler inn de nedbrutte restene av TachoSil. Ingen bevis for lokal intoleranse er sett i dyrestudier. Fra erfaringen hos mennesker, har det vært isolerte tilfeller hvor rester ble observert som tilfeldige funn uten tegn på funksjonell svekkelse. Andre opplysninger: Leveres ferdig til bruk i sterile pakninger. 3 x 2,5 cm: 1 stk: kr 543,80. 5 stk: kr 2579,20. 4,8 x 4,8 cm: 2 stk: kr 2714,80. 9,5 x 4,8 cm: 1 stk: kr 2471,20

Pakninger og priser pr 15.10.2013: 3 x 2,5 cm: 1 stk: kr 543,80. 5 stk: kr 2579,20. 4,8 x 4,8 cm: 2 stk: kr 2714,80. 9,5 x 4,8 cm: 1 stk: kr 2471,20

VÅRMØTE 2014 - TROMSØ!

Dei engasjerte kollegaene ved Universitetssjukehuset i Nord-Norge nyttar slett ikkje høvet til å kvile på sine laurbær etter å ha organisert årsmøtet i 2012. Dei følgjer sporty opp med å invitere kollegaer frå nær og fjern til vårmøte i 2014. Våren var imidlertid ikkje komen like langt i Tromsø som lengre sør. Vi er vel fleire som måtte klippe plenen før avreise, berre for å finne at Tromsøværingane enno ikkje har sett bort snøskuffa.

Årets vårmøte vart halde i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse, og fokus vart sett på alvorleg maternell morbiditet og mortalitet. Viktige tema vart grundig gjennomgått og relevante spørsmål breidt drøfta.

Fyrste forelesar ved årets vårmøte var Jos van Roosmalen, som heldt ein engasjerande innlegg om alvorleg maternell morbiditet. van Roosmalen er ein rutinert forelesar, og med sin tankevekkande presentasjon illustrerte han begrensingane ved offentleg statistikk. Svenskane lyg tydelegvis, visste vi det ikkje... Jos van Roosmalens kommentar om setefødsler ble nylig publisert i The Lancet, vol 383 (red.anm).

Deretter heldt Siri Vangen og Liv Ellingsen frå Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse eit nyttig og konkret innlegg om mødredødelegheit i Noreg, der dei trakk opp historiske linjer og sette fokus på utfordringane vi har i framtida. Lill Nyfløt frå Vestre Viken helseforetak heldt deretter eit spennande og viktig foredrag om alvorlege blødningar i obstetrikken, der ho introduserte fleire nye tilnærmingar til emnet.



Anne Ørbo fortel om hormonspiral som behandling ved endometriehyperplasi.

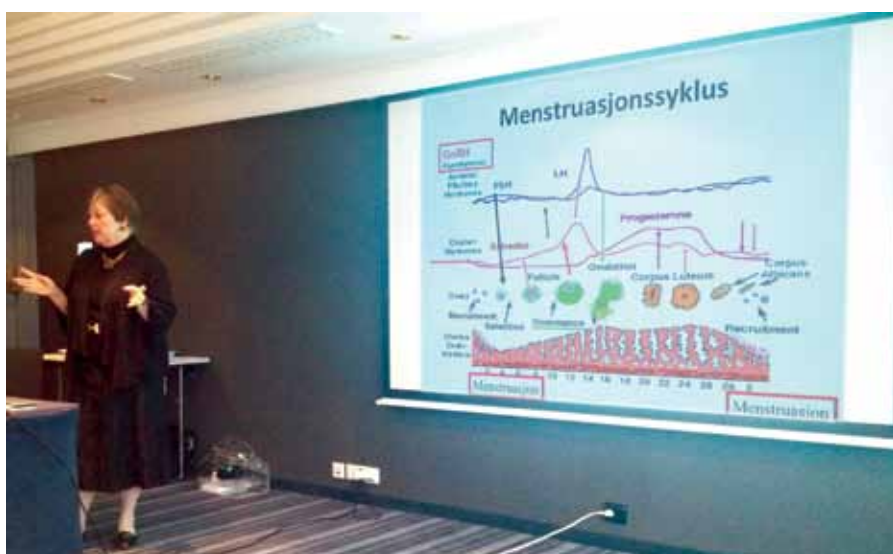
Etter lunsj fortalde Lone Nørgård frå Hillerød Hospital i Danmark om ultralyddiagnostikk av placenta accreta, increta og percreta under samlebetekninga abnormaly invasive placenta. Vi fekk ei grundig innføring i emnet, som nok vil bli ei aukande utfordring i åra som kjem. Per Olafson frå Skånes Universitetssjukehus gav oss deretter ei oversikt over vanlege og uvanlege teknikkar ved sectio, med

entusiastisk bruk av eigenprodusert grafikk. Jette Stær-Jensen gjekk deretter gjennom tre kasuistikkar på emnet abnormaly invasive placenta. Ho belyste særleg kor viktig det er å vere godt førebudd ved slike tilfelle.

Deretter fortalde Meryam Sugulle frå OUS Ullevål oss om praktisk handtering av preeklampsi, ho hadde ei strukturert tilnærming til dette vanskelege emnet. Det



Vår møte? Her er det jo vinter!



Mette Moen forklarar om hormonanalyser. Her er det menstruasjonsyklusen som vert gjennomgått.

finns få fasitsvar, individuelle vurderingar og obstetrisk erfaring framleis er viktig. Anne Sofie Letting frå OUS Rikshospitalet fortalde om behandling av hjertesjuka gravide, ho gav ein systematisk gjennomgang av desse sjeldne men alvorlege tilstandane. Håkon Sjørusn frå Haukeland fekk æra av å avslutte fyrste dag med sin gjennomgang av livstruande infeksjonar under graviditet, fødsel og barselperiode. Sjørusn klarte å engasjere til trass for at emnet nok kan oppfattast som både tørt, komplisert og litt på sida av gynekologens kvardag, men så har mannen også fleirfaldige tiår bak seg som undervisar.

Om kvelden hadde komiteen ordna bord til oss på De 4 Roser, der vi vart servert

eit måltid av absolutt toppklasse med dertil høyrande vin, godt selskap og stimulerande konversasjon.

Neste dag måtte vi flytte til eit nytt rom, uvisst av kva årsak, men heldigvis var det plass til alle. Det faglege programmet starta med ein fabelaktig gjennomgang av hormonanalyser i gynekologien ved Mette Moen frå St. Olavs hospital. Moen presenterte sitt innlegg med smittande innleving og forståing, vi trudde at no hadde vi endeleg forstått dette emnet, heilt til vi skulle ha gruppearbeid...

Mona Stedenfeldt frå kompetansesenter for inkontinens og bekkenbunnsykdommer heldt deretter eit engasjert innlegg om analinkontinens, før Jone Trovik frå nasjonalt

behandlingscenter for gynekologiske fistlar presenterte sitt materiale på obstetriske fistlar i Noreg.

Lunsjen var fabelaktig, Gynekologens reporter forsynte seg grådig med diverse tapas, men vel attende med bordet måtte han sjå seg slått av redaktøren, som hadde oppdaga kvar sushikokken stod gøymt.

Etter lunsj vart vi igjen flytta til eit nytt rom, vi tok til å ane at Rica ville vise fram alle konferanseromma sine til kremen av den norske legestand. Vi let oss behørig imponere. Finn Egil Skjeldestad frå Universitetet i Tromsø og Universitetssjukehuset i Nord-Norge heldt ein grundig gjennomgang av Mirenaspiralens fortrinn, og inviterte kollegiet med på diskusjon om mulege forklaringar på den variasjon i blødning ein ser hos kvinner som brukar dette prevensjonsmiddelet. Anne Ørbo, også frå Universitetet i Tromsø og Universitetssjukehuset i Nord-Norge, tok opp tråden og diskuterter hormonspiral som muleg behandling ved endometriehyperplasi. Mette Meinert frå Aarhus Universitetssykehus fortalde om si behandling av vulvodyni og hudsjukdommar i vulva før det var tid for ein siste pause.

Under denne nytta (tradisjonen tru) mange av kollegaene høvet til å reise ut til flyplassen, slik at (tradisjonen tru) siste forelesing hadde noko færre tilhøyrarar. Synd, sidan Cathrine Boge-Olsnes sin presentasjon av behandlingstilbod for smerter og dysfunksjon i bekken og underliv var svært nyttig. Ho presenterte god og effektiv behandling for pasientar som kan oppleve seg lite høyrte i møtet med helsevesenet.

All honnør til den lokale arrangementskomiteen for nok eit førsteklasses vår møte. Som takk måtte dei bli igjen og plukke fram snøskuffene sine, medan vi andre reiste heim til grasklipparen og hengekøya...



Feststemte gynekologar på De 4 Roser.

Fire feststemte:

Gynekologen har fått fire feststemte deltakarar på årets vårmøtemiddag til å dele litt av sine inntrykk frå årets vårmøte:



Agnethe Lund:

Kva syns du om årets vårmøte?

- Det var eit veldig spennande program. Interessant for alle som jobbar med obstetikk og som går i vakt. Dei tok opp akkurat dei tinga vi er redde for.

Kva syns du om klimaet her i Tromsø?

- Klimaet er som forventa. Lenger sør er det ikkje som forventa. Der er det betydeleg varmare enn forventa i april. Men det er veldig frisk sjøluft her, det set eg pris på.

Kva syns du om dei mannlige kollegaene som tek del under vårmøtet?

- Eg har jo funne den rette staden her ved bordet; eg har sjølvsagt sett meg ned der det var flest menn. Det er heilt naturleg at ein søker mot dei mannlige kollegaene. Vi set pris på at de er her.



Olav Nordbø:

Kva syns du om årets vårmøte?

- Eit vellykka arrangement her i Nordens Paris. Det har vore ein fin dag med foredrag om mange spennande obstetriske tema.

Kva syns du om klimaet her i Tromsø?

- Som forventa. Snø på toppane, kjøleg bris frå havet... Det er varmare der eg kjem frå.

Kva syns du om dei kvinnelege kollegaene som tek del under vårmøtet?

- Dei held eit høgt nivå, både fagleg og estetisk!



Anne-Lone Wollen:

Kva syns du om årets vårmøte?

- Strålende og berikande. Her burde fleire kollegaer ha vore!

Kva syns du om klimaet her i Tromsø?

- Herleg friskt og deilig regnfullt.

Kva syns du om dei mannlige kollegaene som tek del under vårmøtet?

- Det er viktig med meir testosteron i foreninga. Nærmar vi oss kvotering?



Adrian Botea (som har slått om til nordnorsk i anledning møtet):

Kva syns du om årets vårmøte?

- Eg har ikkje vore på møtet, eg måtte arbeide for at andre skulle få fri til å ta del under møtet. Så eg er fornøyd med det.

Kva syns du om klimaet her i Tromsø?

- Klimaet er fantastisk. Gode varme kle hjelper. Det har blitt lysare, det er snø på toppane, kanskje ein solstråle av og til? Ellers tørt og kvitt.

Kva syns du om dei kvinnelege kollegaene som tek del under vårmøtet?

- Akkurat som forventa. Høg standard, berre velstand.

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

NKIR-FORUM

Norsk kvinnelig inkontinensforum Fredag 07. november 2014 Auditoriet Bærum sykehus

Møteleder Rune Svenningsen ønsker velkommen

- | | | |
|-------|--|------------------------|
| 11.00 | Inkontinens før, under og etter graviditet | Langeland Wesnes |
| 11.20 | "What do patients expect from SUI treatment?" | Dudley Robinson (UK) |
| 11.55 | Kirurgisk behandling av lavtrykks uretra – hva bør vi velge? | Sigurd Kulseng-Hanssen |
| 12.20 | Diskusjonsforum:
• Lærerrike kasuistikker vil bli presentert og diskutert med fokus på komplikasjonshåndtering og metodevalg. | Rune Svenningsen |
| 13.15 | Lunch | |

Møteleder Anita Vanvik

- | | | |
|-------|---|------------------|
| 14.10 | Interstitiell cystitt viktig differensialdiagnose til OAB – fokus på indikasjoner for cystoskopi og cystoskopifunn | Ole Jacob Nilsen |
| 14.35 | Ulike blæreinstillasjonsbehandlinger, pasientopplæring og kostråd/(diett) ved interstitiell cystitt/smertefull blære. | Yngvild Ytrehus |
| 15.00 | Fistler som differensialdiagnose ved urininkontinens og som komplikasjon til inkontinenskirurgi | Jone Trovik |
| 15.25 | Kaffepause | |

Møteleder Yngvild Hannestad

- | | | |
|-------|---|----------------------|
| 15.45 | Selective β_3 -adrenoreceptor agonist in the treatment of OAB | Dudley Robinson (UK) |
| 16.10 | Kan vaginal UL være nyttig i den postoperative kontrollen etter kirurgi med midturetra slynger? | I Volløyhaug |
| 16.35 | Blæretrening | A Vanvik |
| 17.00 | Møteslutt | |

Deltagelse, mat ved ankomst, lunch og kaffe i pausene er kostnadsfritt. Ingen begrensning på antall deltagere fra hver avdeling. **Vi ber om påmelding til møtet innen 15. september.**

Bindende påmelding med navn og profesjon på deltagerne skjer til Bjørg Tove Johansen, Kvinneklubben, Bærum sykehus: bjorg.tove.johansen@vestreviken.no tlf 67 80 94 52

Strukturert opplæring i fødselshjelp- en pilot

Hvordan kan man vurdere stasjon når det er vanskelig å kjenne spina? Hva er den vanligste grunnen til at en tang ikke går i lås? Hva gjør man om hodet henger på en ikke-dilatert cervix på en seteforløsning? Hva gjør man når det tilkommer en bradykardi på en tvillingfødsel?

En hjørnestein i praktiske medisinske disipliner er mester-svenn læring, hvor praktisk kunnskap overføres fra en generasjon til neste. Imidlertid er mangelen på kvalitetssikring av den praktiske opplæringen innen medisinen et internasjonalt anerkjent problem. Mester-svenn læring er svært verdifullt når det fungerer optimalt, men man har ingen garanti for at alle lærer det de skal. For å sikre et felles minimum av ferdigheter og kunnskap er det økende fokus på strukturerte opplæringsprogram. For fødselshjelpens del har disse programmene fortsatt til gode å vise uttalt effekt på kvalitetsparametere. Dette kan delvis skyldes at programmene er tids- og logistikkmessig krevende, og delvis at de har et smalt fokus. Totalt kan dette bidra til en lav dekningsgrad av helsepersonell som faktisk gjennomført strukturert opplæring.

Vi ønsket derfor å utarbeide et effektivt, lavkostnads treningsprogram som skulle kunne integreres i de daglige rutine ved fødeavdelingen med minimal påvirkninger på driften, og som skulle sikre at tips og triks fra erfarne obstetrikere ble gitt videre til neste generasjon på en systematisk måte.

Bakgrunn for prosjektet:

I 1985 skrev en komité utnevnt av WHO i

Lancet: "There is no justification for any region to have caesaren section rates higher than 10-15%" (1) Selv om denne anbefalingen er 30 år gammel, og mange i dag vil mene at enkelte sykehus har en risikoprofil på sin fødepopulasjon som rettferdiggjør høyere keisersnittsrater, er det likevel en bred internasjonal enighet om at den akselererende veksten i keisersnittfrekvens globalt er et problem. Blant annet bekymrer man seg for at disse økende ratene potensielt kan styre ressurser bort fra andre intervensjoner, som medisinsk sett kanskje burde ha høyere prioritet, med en negativ følge for mor og barn-helse som resultat (2).

Vi mener at god, basal opplæring i fødselshjelp kan bidra til å redusere feildiagnostikk og komplikasjoner knyttet til praktisk fødselshjelp, blant annet i forhold til operative vaginale forløsninger. Behov for bedre opplæring er også et tilbakevendende omkved når stadig stigende keisersnittsrater diskuteres internasjonalt. På bakgrunn av dette, har vi ønsket å knytte dette opplæringsprosjektet opp mot det nye Gjennombruddsprosjektet om Keisersnitt, i regi av Norsk Gynekologisk Forening. Målet er å utvikle et program som etterhvert kan implementeres nasjonalt, i tråd med en

2010 WHO-rapport som konkluderer med at keisersnittsrater kanskje kan kontrolleres gjennom politiske virkemidler på et helseforvaltningsnivå (2).

Det siste tiåret er det utviklet flere ulike opplæringsprogrammer innen fødselshjelpen, blant annet Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO), Managing Obstetric Emergencies and Trauma (MOET) og PRactical Obstetric Multi-Professional Training (PROMPT). Disse kursene fokuserer



Quiz-appen vi benytter i pilotstudien

på sjeldnere obstetriske scenarier og alvorlige situasjoner, og på team-trening.

Det gjenstår imidlertid flere utfordringer. De eksisterende treningsprogrammene er ressurskrevende. Sykehus i Storbritannia angir problemer med å finne tid, personell og lokaler på travle fødeavdelinger (3). Dette er antagelig ikke veldig ulikt i Norge, og kan tyde på at man trenger å finne en annen måte å organisere opplæringen på. Blant annet har fordelene med lokalt baserte, kontinuerlige treningsprogrammer blitt understreket (4).

Selv om man skulle ønske at kvalitetsopplæring ble prioritert, og sett på som en helt selvsagt del av den kliniske hverdagen, så kan man ikke ignorere at presset på knappe ressurser (tid, penger, personell) sannsynligvis ikke vil endre seg i nær fremtid. Utfordringen blir derfor å lage treningsprogrammer som passer til virkeligheten ved de fleste moderne fødeavdelinger.

Et vellykket treningsprogram bør være fleksibelt, slik at man kan inkorporere treningen i arbeidsdagen, med minimal forstyrrelse av de daglige rutinene. Vi tror tekniske løsninger som kan fjerne behovet for penn og papir, og automatisere deler av arbeidet, kan bidra til dette.

Et annet moment ved de eksisterende treningsprogrammene, er at de fokuserer på obstetriske akutsituasjoner og team-trening. Dette er absolutt viktig, og enkelte studier antyder at team-trening er en slags "fjerde dimensjon", som bør trenes som en separat ferdighet (5), men akutt-trening og teamtrening erstatter ikke trening i helt basale ferdigheter.

Vi mener at basal ferdighetstrening er helt avgjørende for å forbedre diagnostikken i fødselsforløpet og under operative vaginale forløsninger, og at det kan bidra til å redusere mislykkede operative vaginale forløsninger, og dermed kanskje også keisersnitt på full

åpning, som er forbundet med størst risiko. Behovet for strukturert trening i basal ferdigheter understrekes av flere studier som viser en lav nøyaktighet på bare rundt 75% ved digital palpasjon av fosterhodets stasjon og posisjon (6-10). Siden palpasjon av fosterhodet står sentralt i de fleste avgjørelsene som tas under forløsningen, er disse resultatene bekymringsfulle. Vi tror at systematisk opplæring i palpasjon av fosterhodet vil kunne forbedre denne nøyaktigheten betraktelig.

I tillegg er det gjort enkelte studier som tyder på at en-til-en trening er å foretrekke foran gruppeundervisning (11-13). Gitt at mesteparten av treningen for leger i dag er en-til-en (mester-svenn), antyder det også at opplæringen må være mer strukturert enn i dag. Dagens opplæring baserer seg på kliniske situasjoner, men både situasjon og "læremesterens" praktiske og pedagogiske ferdigheter kan forstyrre læringen.

Basert på dette, har vi utviklet et strukturert, simulasjonsbasert treningsprogram i praktisk obstetikk, hvor tekniske løsninger i form av apper for iPad/smarttelefon er et viktig hjelpemiddel.

Pilotprosjektet i Haugesund

Prosjektet kjøres nå som en pilot ved Haugesund Sjukehus, og piloten planlegges avsluttet til sommeren. Haugesund har en middels stor fødeavdeling, med om lag 1500 fødsler per år. Antall risikofødsler tilsvarer imidlertid en fødepopulasjon på om lag 2200, fordi risikofødsler fra mindre sykehus henvises dit. Andelen tvilling- og setefødsler er derfor noe høyere enn fødselstallet skulle tilsi. Haugesund har lang tradisjon for høy kvalitet på obstetrikken, og har gode resultater å vise til, og seksjonsoverlegen Torunn Eikeland har vært helt sentral i utviklingen av treningsprogrammet.

Innholdet i opplæringen er evidensbasert der evidens eksisterer. Dette kombineres med erfarne obstetrikers praktiske erfaringer, både fra klinikken og litteraturen. Programmet inneholder en grundig gjennomgang av både vanlige og uvanlige ferdigheter man har bruk for på fødeavdelingen. Målet er at man når treningen er avsluttet, skal kjenne mestring i



Lavteknologisk utstyr: Overlege Torolf Holst-Larsen underviser LIS-lege Cristina Barbu

forhold til de situasjonene som kan oppstå på fødestuen. Man skal lære seg når det er grunn til å være på vakt, og når man kan slappe av. Sist men ikke minst, skal man lære seg å alltid ha en plan B klart for seg. Det bidrar til å skape ro, selv i stressede situasjoner.

Gjennom ulike scenarier skal kandidatene lære seg å takle ulike elementer knyttet til praktisk obstetrikk, fra helt enkle ting som å legge en god pudendalblokkade til å vite hvordan man skal takle et fastsittende hode ved setefødsel. Når treningen er gjennomført, skal kandidatene ha en dyp forståelse av fødselsmekanikk, og ha lært seg å besvare spørsmål som for eksempel hva man gjør hvis hodet ikke følger på en setefødsel, hva som er den vanligste årsaken til at en tang ikke går i lås, og hvorfor det er større risiko for sfinkterruptur ved en occiput posterior. I tillegg integreres kunnskap om sikkerhet i forbindelse med operative vaginale inngrep.

Som hjelpemiddel har vi utviklet 2 apper (applikasjoner til iPhone/iPad/Android) til bruk i undervisningen. Den ene er en undervisnings-app, som brukes som støtte under den praktiske delen av undervisningen, den andre en quiz-app, som brukes til å gi en ukentlig quiz med ulike spørsmål innen fødselshjelp.

Undervisningsappen inneholder alt treneren behøver å huske for hver undervisningsmodul. Den inneholder en liten teoretisk innledning, en kasustikk og et pedagogisk poeng tilpasset kasustikken. Etter at kandidaten har gjennomført kasustikken, går man sammen igjennom fremførelsen ved hjelp av et scoringsprogram, som også ligger i appen. Dette scoringsprogrammet fungerer som en fin, strukturert huskeliste for begge parter.

Utover appene, har det vært et viktig poeng at selve opplegget skal være lavteknologisk, det vil si at sykehus ikke skal måtte gå til innkjøp av dyre, avanserte mannekeng-dukker for å kunne kjøre opplæringen – alt utstyr skal være både billig og holdbart. Vi har derfor basert oss på en helt grunnleggende lær – og tremodell, med den eneste forutsetningen at dukken må være anatomisk korrekt.

Det praktiske treningsopplegget er laget i sett

på 5 kasustikker (f.eks 2 vakuumforløsninger og 3 seteforløsninger), der hver kasustikk tar ca 5 minutter. Et sett tar dermed 25-30 minutter. Siden det er delt opp i 5-minutters bolker er det imidlertid lett å legge opp til også kortere økter- av og til rekker man kanskje bare 5 minutter før telefonen ringer og man må gå. Man kan avslutte når som helst, og appen vil huske hvor langt man var kommet neste gang man tar opp tråden. Treningen er tenkt gjennomført mellom halv ni og ni (etter morgenmøtet) de dagene det er mulig, og ellers når det er tid innimellom.

For LIS-legene er samlet tid per kandidat beregnet til ca 12 timer. 12 timer høres kanskje mye ut, men til sammenligning kreves det i spesialistutdanningen et minimum av 50 timer med rutineultral lyd. 12 timer tilsvarer ca 1,5 dagers kurs, og med tanke på hvor stor grad av det daglige virket som faktisk utgjøres av praktisk obstetrikk, er ikke dette en helt urimelig prioritering. Dersom denne typen opplæring viser seg å bidra til å bedre selvtilit i arbeidshverdagen, vil det være en veldig fornuftig investering, med tanke på problemene man har i gynekologien med rekruttering og frafall underveis.

Veien videre

Fra piloten skal vi nå samle erfaringene vi har gjort oss, og gjøre de siste justeringene på opplegget før vi kjører i stor skala fra høsten av. Vi planlegger også oppstart med et tilpasset treningsopplegg for jordmødrene i Haugesund, og håper å komme i gang i løpet av året.

Selv om de endelige resultatene ikke er gjort opp enda, er den foreløpige tilbakemeldingen fra LIS-legene i pilotstudien at de er veldig fornøyd med programmet, og synes de har lært mye. Dette gjelder både for de uerfarne og de erfarne. Det har vært stor interesse for prosjektet siden vi startet opp, både fra overlegene hos oss som ikke har vært direkte involvert, fra andre sykehus, og også fra nabolandene våre. Det er tydelig at veldig mange, både LIS-leger og ferdige spesialister, opplever at noe mangler i utdanningen slik den er nå.

I september starter vi i storskala ved det svenske universitetssykehuset Malmö-Lund, og i løpet av 2014/2015 planlegges oppstart

ved Haukeland og Ullevål. Flere andre sykehus har også meldt sin interesse, og undersøker nå mulighetene for oppstart.

Dersom du er interessert i prosjektet, enten generelt, eller i form av ønske om deltakelse for ditt sykehus, kan forfatteren kontaktes på epost johanne.iversen@gmail.com
God sommer!

Referanser

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-437
2. Determinants of cesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/29DeterminantsC-section.pdf>
3. Blackburn T, Sadler C. Obstetric fire drills survey. *Int J Obstet Anesth* 2003;12(Suppl 1):14S.
4. Zendejas B, Brydges R, Hamstra SJ et al. State of the evidence on simulation-based training for laparoscopic surgery: A systematic review. *Ann Surg* 2013;257:586-93.
5. Siassakos D, Draycott TJ, Crofts JF, Hunt LP, Winter C, Fox R. More to teamwork than knowledge, skill & attitude. *BJOG* 2010;117:1262-5.
6. Zahalka N et al. Comparison of transvaginal sonography with digital examination and transabdominal sonography for the determination of fetal head position in the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Aug;193(2):381-6.
7. Sherer et al. Intrapartum assessment of fetal head engagement: comparison between transvaginal digital and transabdominal ultrasound determinations. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003 May;21(5):430-6.
8. Sherer et al. Intrapartum fetal head position I: comparison between transvaginal digital examination and transabdominal ultrasound assessment during the active stage of labor. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002 Mar;19(3):258-63.
9. Sherer et al. Intrapartum fetal head position II: comparison between transvaginal digital examination and transabdominal ultrasound assessment during second stage of labor. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002 Mar;19(3):264-8.
10. Dupuis et al. Birth Simulator: Reliability of transvaginal assessment of fetal head station as defined by the American College of Obstetricians and Gynecologists classification. *Am J Obstet Gynecol* (2005) 192, 868-74
11. Rozenberg et al. Comparison of the learning curves of digital examination and transabdominal sonography for the determination of fetal head position during labor. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2008 Mar;31(3):332-7.
12. Groom KM et al. A prospective randomised controlled trial of the Kiwi Omnicup versus conventional ventouse cups for vacuum-assisted vaginal delivery. *BJOG* 2006;113: 183-189
13. Snanayake H. A prospective randomised controlled trial of the Kiwi Omnicup versus conventional ventouse cups for vacuum-assisted vaginal delivery (letter). *BJOG* 2006;113: 978

- Marte Myhre Reigstad
- LIS/FUGO leder
- martereigstad@gmail.com

Womens Health 2014 - “The Best Conference of the Year”?

Forfatterne reiste til Washington for å delta på den 22. kongressen til Academy of Women's Health, for å lære om kvinnehelse. Sammen med oss var Siri Vangen og Ritsa Storeng fra Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, og Inger Kristin Larsen og Trude Eid Robsahm, fra Kreftregisteret. The Academy of Women's Health er en internasjonal organisasjon bestående av leger, sykepleiere og annet helsepersonell som jobber med kvinnehelse, for å gi oppdatert kunnskap om hvordan best mulig behandle kvinnelige pasienter. Målet er å spre forskningsresultater og gi grunnlag for evidens-basert praksis i behandling av kvinner i alle aldre; som det står på hjemmesiden: «Best practices for better outcomes». Gjennomgående temaet for foreleserne var at forskning og medisinsk behandling må ta hensyn til at det er fenotypiske og geneotypiske forskjeller mellom menn og kvinner; alle celler har et kjønn! Møtet var arrangert i samarbeid med blant annet NIH (National Institutes of Health) Office of Women's Health og DHHS (Department of Health and Human Services) Office of Women's Health.

«Embrace the Day»

Åpningsdagen startet med yoga kl 0615 (og da var det godt å bo på kongresshotellet!), deretter fulgte første foredrag samtidig med frokost kl 07.00. Det var 700 deltagere, flest fra USA, rundt 40 fra andre land og vi var nok de eneste Nordiske tilstede på møtet. Tett program fulgte med foredragsholdere fra hele landet og med aktuelle temaer innen kvinnehelse: PCOS, hjertesykdommer hos kvinner, osteoporose, blødningsforstyrrelser, vaginitt, mammografi-screening, seksuelt overførbare sykdommer, urinveisinfeksjon, prevensjon og uønsket svangerskap, cervix og bryst screening mm.

«News you can use»

I foredraget «News you can Use: Studies

that changed my practice” refererte Melissa McNeil, professor ved University of Pittsburg, til nyere vitenskapelige artikler som potensielt kunne føre til umiddelbar endring i vår praktiske hverdag. Disse omfattet bl.a. en metaanalyse i BMJ (2013) om risiko for dyp venetrombose (DVT), ved bruk av prevensjon. Konklusjonen i artikkelen var at p-piller med lavest innhold av østrogen og de som inneholder levonogestrel ga lavest risiko for DVT. Videre refererte hun til en studie fra NEJM (2013), som viste at kvinner behandlet med stråling for brystkreft har høyere risiko for hjertesykdom. Mest uttalt var denne for de med risikofaktorer for hjertekarsykdom. En studie om mammografiscreening i Canada fra BMJ (2014) ble også nevnt; 25

års brystkreftspesifikk overlevelse var den samme uavhengig av om kvinnene var randomisert til mammografi eller ei. Det var rundt 45.000 kvinner i hver gruppe i alderen 40-59 år, og det forekom ca 500 dødsfall i begge grupper. Det ble også nevnt flere andre studier av klinisk relevans, bl a en artikkel fra JAMA Internal Medicine (2013) som omhandlet bruk av antihypertensiva og risiko for brystkreft der bruk av calcium-blokkere ble vist å øke risikoen.

Laura Esserman, professor og kirurg, holdt foredrag om mammografi: Hun fortalte at screening koster \$8 - 10 mrd/år in U.S.A. Praksis har vært nokså uendret over de siste 30 år og det er mye falske positive (75% av biopsier er benigne). Esserman var

for en "Risk Based Screening Modell", og mente man trengte "More light, less heat" i diskusjonen om mammografi screening.

Joel Finkenstein fra Harvard holdt foredraget «Controversies in Postmenopausal Osteoporosis». Han viste at bentap begynner sent menopausal, dvs når mens perioder er sjeldnere enn hver 3 mnd, og at raskest bentap skjer de to første år etter siste mens. I USA har man diskutert bruk av bisfosfonater kan forårsake atypiske subtrochantære frakturer. The Food and Drug Administration, FDA, observerer medikamentet med tanke på dette.

Persisterende Vaginitt: også et problem i USA.

Jeanne Marazzo holdt et glimrende og innholdsrikt foredrag om temaet «Persistent Vaginitis: Practical Approaches to Care». Hun snakket om viktige årsaksforhold og diagnostiske tester (inkl gramfarging og mikroskopi), hun nevnte også atrofisk vaginitt som kan oppstå hos atleter som ikke menstruerer, og ikke minst hos ammende kvinner. I et tilfelle hadde en kvinne med penicillin allergi fått allergisk vaginitt pga at hennes mann ble behandlet med penicillin - i USA kan alt skje!

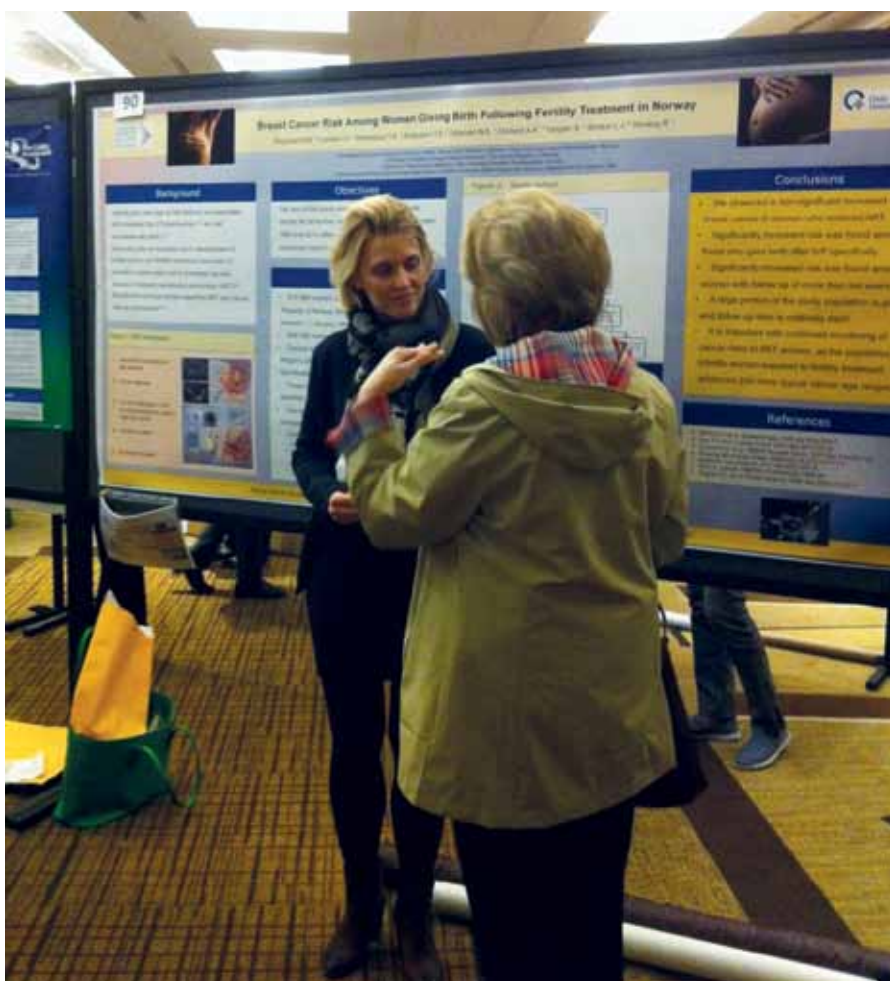
John Nestler gav en god oppdatering om PCOS og metabolsk syndrom og nevnte blant annet at kvinner med PCOS har økt risiko for hjerte- og karsykdom også etter justering for vekt.

Frokostseminar lørdag

Etter yoga kl 0615 gikk vi rett over til møtesalen hvor dagen igjen startet med frokost kl 07.00. Vi ble møtt av en mann i uniform som vi etterhvert forsto var selveste US Surgeon General (Boris Lushniak). Dette er en stilling som ble opprettet i 1871 og innebar at man var sjefslegen for marinen, men er nå en stilling som omhandler arbeid med å fremme folkehelse. Han snakket om røykingens historie i et folkehelseperspektiv og arbeidet som er gjort gjennom årene for å redusere helsekonsekvensene av røyking siden den første rapporten for 50 år siden. Den gang røykte 1 av 3 kvinner i USA, nå er tallet 1 av 5. Årlig fødes 400 000 amerikanske barn av røykende mødre, og andelen daglige



Reisefølget foran Det hvite hus



Hyggelig at mange interesserte kollegaer besøkte posteren vår.

røykere i befolkningen er 18% (2014). Mens industrien bruker en million dollar hver time på reklame, brukes det 1,5 dollar i timen på røykeforebyggende tiltak. Det pågår nå to nasjonale kampanjer mot røyking; den ene heter «Tips from Former Smokers» og

den andre er «The Real Cost of Smoking» (tilgjengelig på internett for interesserte). Christina Isaacs professor i obstetrikk og gynekologi ved Virginia Commonwealth School of Medicine snakket om blødningsforstyrrelser. Hun hadde en



Bydelen Georgetown i solskinn

fantastisk intro til sitt foredrag om den amerikanske komikeren Tina Fey. Ved menarke trodde hun ikke det kunne være mens, siden dette skulle være blå væske, noe hun hadde lært av TV reklamen for bind. FIGOs nomenklatur (Munro et al 2011) beskriver blødningsforstyrrelser; og de fleste har nok hørt om denne huskeregelen: PALM (strukturelle) COEIN (ikke-strukturelle årsaker). Hun minnet om at anovulasjon pga umodenhet i den hypotalamiske-hypofysære-ovariale hormonaksen er den vanligste blødningsårsak for jenter mellom 13 og 18 år. Nest vanligste årsak er p-piller og tredje er graviditet. Blant kvinner i alderen 20-39 er graviditet årsak nr 1 til blødninger. Utredning og behandling av blødningsforstyrrelser er nokså likt det i Norge, bortsett fra at andelen abdominale hystektomier ennå er svært høy i USA, og at tramexansyre, omtalt som «An excellent treatment option», først nylig ble godkjent for bruk mot blødningsforstyrrelser .

Paps and Pelvics: Where do we stand?

Foredrag ved Michael Policar. Amerikanske kvinner har en såkalt «Well Woman Exam». Det pågår en diskusjon om hvem og hvilke fagmedisinske foreninger som skal definere innholdet i disse årlige «sjekkenene». U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) har laget guidelines som innebærer hva

som skal gjøres på en årlig sjekk, mens ACOG har sine egne anbefalinger. Disse beskriver Policar som mer aggressive og tungvinte, eller som han sa, «retrogressive». Eksempelvis anbefaler USPSTF kontroller hvert 1-3 år avhengig av helsestatus, mens ACOG fortsetter å anbefaler årlige kontroller.

I 2012 var det 12 000 tilfeller av cervix cancer og 4200 dødsfall i USA. Han viste til ACOGs rapport fra 2009: 50% av kvinner diagnostisert med cervix cancer har aldri tatt cytologisk prøve fra cervix, og ytterligere 10% har ikke tatt cytologisk prøve fra cervix de siste 5 år. Mange av disse er nylig immigrerte til USA, fra Latin Amerika, Afrika og Asia, og har ikke vært vant til slik type screening i sine hjemland. I kampanjen «Choosing Wisely» har alle de ulike fagmedisinske foreninger definert 5 problemstillinger der både lege og pasient bør diskutere videre strategi, pga at evidens er uklar eller ikke entydig. For obstetrikk og gynekologi står følgende punkter: (Disse kan også lett finnes på internet, <http://www.choosingwisely.org>).

1. Don't schedule elective, non-medically indicated inductions of labor or Cesarean deliveries before 39 weeks 0 days gestational age.
2. Don't schedule elective, non-medically indicated inductions of labor between 39

weeks 0 days and 41 weeks 0 days unless the cervix is deemed favorable.

3. Don't perform routine annual cervical cytology screening (Pap tests) in women 30–65 years of age.
4. Don't treat patients who have mild dysplasia of less than two years in duration.
5. Don't screen for ovarian cancer in asymptomatic women at average risk.

Av andre nevneverdige bidrag snakket Patrick Young om gastrointestinale plager hos kvinner, (obstipasjon, irritabel tarm og oppblåsthet) hvorpå han kom med gode praktiske råd! Susan Moskosky snakket om prekonsepsjonell veiledning (50% av alle svangerskap i USA er ikke planlagte) og Jeffrey F. Peipert professor i obstetrikk og gynecology ved Washington universitet i St. Louis snakket om prevensjon (18% av kvinnelige gynekologer bruker spiral som prevensjon, mot 0,7% av resten av den kvinnelige befolkningen). Til slutt var det et par timers sesjon om vulva og hudlidelser.

Generelle observasjoner

Foredragsholderne var profesjonelle med imponerende CV-er, utstrakt bruk av forkortelser; og mange hadde nyttige caser for å illustrere poenger. De var flinke til å føre opp key points – eller «clinical pearls» - på slutten, og satte av rikelig tid til spørsmål. Alle slides til samtlige foredragsholdere var tilgjengelige for nedlasting fra nettet før kongressen startet, slik at man kunne forberede seg, og laste over på nettbrett. Når de ikke kunne svare var det høflige uttrykket «that's a great question, but I don't know the answer!» Publikum var aktive og stilte mye spørsmål slik at det ble gode diskusjoner etter hver sesjon. Mange av problemstillingene var praktisk rettet, og deltagerne var tydelig fornøyde; det ble uttalt under spørsmålsrunden av en deltager at dette er den beste konferansen i landet!

Cherry blossoms

På kvelden fikk følget anledning til på egenhånd å utforske Washington by, og den bød på mye godt, blant annet: Crabcakes, New England Clam Chowder (muslingsuppe), lokalt øl og «fried chicken», inntatt over faglige og ikke-faglige diskusjoner om



Det var vårlig i Washington i begynnelsen av April, blomstrende magnoliatrær.

kvinnehelse, mannehelse og mye mer. Det ble også en tur rundt i byen for å se på cherry blossoms (kirsebærtrærne blomstrer på denne tiden), Det hvite hus, Lincoln monumentet og de andre «memorials». En tur på National Air and Space museum var også artig! En kveld ble det live musikk på en passende navngitt pub: Madam's Organ i bydelen Adams Morgan.

Postersesjon

Litt vin og småmat ble delt ut mens deltagere fikk rikelig tid til mingling og til å lese posterbidragene. Tre leger fikk pris for hederlig innsats i faget: Laura Esserman, Virginia Miller og Paula Johnson, den siste professor ved Brigham og Womens Hospital i Boston, for sin innsats for kvinner og hjertesykdommer.

Nyttig for andre?

Denne kongressen kan være interessant for både gynekologer på sykehus og i praksis, så vel som allmennpraktikere og andre som er opptatt av kvinnehelse. Det var svært interessant å snakke med kollegaer i USA om deres daglige gleder og problemer og gav nytt perspektiv til egen praksis her hjemme i Norge. Anbefales!



The Biennial Pelvic Floor Centre Symposium

Incontinence, Constipation and Pelvic Floor Disorders 2014

The Biennial Pelvic Floor Centre Symposium, 11th of September, 2014

Symposium objectives:

To address evidence-based treatment methods for incontinence, constipation and pelvic floor disorders.

Discussion and questions can be taken in Norwegian or English

Who should attend:

The program is for urologists, gynecologists, gastroenterologists, colorectal surgeons, general practitioners, registered nurses, physiotherapists and other interested health professionals

Location:

Store Auditoriet
Akershus University Hospital
Sykehusveien 27, Lørenskog

Fee:

NOK 1000

To Register:

<https://www.deltager.no/ahussymposium2014>

Telephone: 4800 3263

Visit our homepage:

www.ahus.no/bekkensenteret

This Symposium has been granted accreditation by the Norwegian Medical Association. The Symposium has submitted an application for accreditation to the Norwegian Nurses Organization.

Accreditation for Physiotherapists requires an individual application to the Norwegian Organization of Physiotherapists after completion of course.

Program

- 09.00 – 09.05 Introduction**
- 09.05 – 09.40 Role in urethral function studies**
Paul Abrams, Professor of Urology, Bristol Urological Institute, Southmead Hospital, Bristol
- 09.40 – 10.20 Multi-disciplinary approach to neurogenic pelvic dysfunctions**
Paul Abrams, Professor of Urology, Bristol Urological Institute, Southmead Hospital, Bristol
- 10.20 – 11.00 Obstructed defaecation: assessment and management**
Olivier Jones, Consultant Colorectal Surgeon, Oxford University Hospitals NHS Trust
- 11.00 – 11.20 Break**
- 11.20 – 11.55 Occult rectal prolapse: an overlooked cause of faecal incontinence**
Olivier Jones, Consultant Colorectal Surgeon, Oxford University Hospitals NHS Trust
- 11.55 – 12.35 Defecatory dysfunction: assessment and management of fecal incontinence**
Tom Øresland, Professor, Consultant Colorectal Surgeon, Akershus University Hospital
- 12.35 - 13.20 Lunch**
- 13.20 - 14.05 Scientific session: pelvic floor dysfunctions**
- Obstetric anal sphincter injuries: risk factors, episiotomy characteristics and pelvic floor dysfunctions**
Mona Stedenfeldt, PhD, MSc, PT, Head of The National Advisory Unit on Continence and Pelvic Floor Health, University Hospital North Norway, Tromsø
- Pelvic floor ultrasound during pregnancy and postpartum**
Marie Ellstrøm Engh, Assoc. Professor, Consultant Gynecologist, Akershus University Hospital
- 14.05 – 14.50 Prevalence and triage of pelvic floor dysfunctions within the Pelvic care Center Maastricht**
Bary C.M. Berghmans, PhD, MSc, clinical epidemiologist, health scientist, pelvic physiotherapist i Maastricht University Medical Centre
- 14.50 – 15.10 Break**
- 15.10 – 15.55 Effect of pregnancy and delivery on incontinence and pelvic organ prolapse: a long term perspective**
Ian Milsom, Professor, Consultant Gynecologist, Dept of Obstetrics and Gynecology, The Institute for the Health of Women & Children, Sahlgrenska Academy, Goteborg University, Goteborg
- 15.55 – 16.30 The complicated pelvic floor patient: pitfalls and possibilities**
Svein Staff, Consultant Psychiatrist, Department of Psychiatry, Akershus University Hospital
- 16.30- 17.10 Panel Discussion**
- 17.10 -17.15 Adjourn**
- 17.15 - 17.50 Guided tour of the new Akershus University Hospital**

Kurs i gynekologisk endoskopi – Oslo 5. – 6. mai 2014

I forkant av årsmøte i Drammen i 2013, arrangerte FUGO et kurs i laparoskopisk i samarbeid med Laparoskopiskutvalget. Dette ga mersmak.

Laparoskopiskutvalget har som mål å være en pådriver i utdannelsen av LIS innen endoskopi, og ønsker også en formalisering av denne. Det ble derfor søkt Legeforeningen om å få godkjent et 2-dagers kurs i gynekologisk endoskopi, slik at timene ble tellende til spesialiteten.

FUGO's kurs var veldig vellykket, og fungerte således som en mal. Laparoskopiskutvalget stod som arrangør i søknaden, i samarbeid med gynekologisk avdeling OUS Ullevål, og denne ble raskt godkjent. Ikke lenge etter at kurset var annonsert på Legeforeningens sider, var det fulltegnet.

Kurset ble holdt over 2 dager og besto av teoretisk undervisning, "live surgery" og rikelig med tid til praktisk trening.

Erfaringsmessig har deltagerne på liknende kurs gitt tilbakemelding på at det har vært for lite tid til praktisk trening. Man valgte dermed å ha dette som hovedfokus. Det ble satt opp mange treningsstasjoner hvor det aldri var mer enn to kursdeltagere på hver stasjon. Dette medførte at alle deltagerne hele tiden deltok aktivt under instruksjon.

Mye av treningen besto i laparoskopisk suturering, som ansees å være en praktisk ferdighet som er nødvendig for å kunne drive med avansert laparoskopisk. Treningen ble utført med mini-racks og treningsboks, på både kylling og skumgummi-uteruser. På dag 2 fikk deltagerne også øvd seg i

koordinasjon og disseksjon, samt testet simulatorentrening.

Den teoretiske undervisningen var også praktisk rettet med fokus på bla anatomi, gjennomgang av prosedyrer og komplikasjoner, bruk av energikilder samt laparoskopisk tilgang og ergonomi. I tillegg ble det holdt en gjennomgang av laparoskopisk raket.

Anton Langebrekke gjennomførte to endometriose-operasjoner med direkte overføring, mens Jelena Kusic utførte laparoskopisk myomektomi. Sistnevnte overført i 3D, slik at deltagerne fikk et inntrykk av hvordan dette fungerer kontra vanlig 2D.

Dag 2 viste Geir Sponland en transcervikal

reseksjon av en polyp, etter en god forelesning om hysteroskopisk metode.

Kurset var alt i alt veldig vellykket, med både LIS og overleger som engasjerte deltagere. Vi planlegger nå at dette kurset avholdes årlig, og ser allerede fram til neste runde!



Øvelse gjør mester. Full konsentrasjon under sutureringstrening. Jostein Tjugum instruerer. Simulatorentrening ble utført under veiledning av Jeanne



Idrige deltagere foran 3D overføring av laparoskopisk myomektomi

Annonsering av NFOGs fondsmidler

Dear NFOG members

Now is the perfect time to start planning for a course or a visit and get funded!

The NFOG Fund offers a unique opportunity for the nordic members to apply for and receive support for different types of professional activities. The NFOG Fund supports the member activities significantly and presently all reasonable applications receive at least part of the applied sum.

Last year, the amount granted was 733,321 DKK, and this money supported 43 applications.

The supported activities are divided into the following categories

- Clinical or scientific visits outside country of residence with the purpose of improving skills and/or developing and sharing expertise
- Voluntary or project work in developing countries
- Courses outside country of residence
- Collaborative work regarding clinical or scientific topics or projects between members of the national societies in NFOG
- Each national society can yearly apply for the coverage of expenses to bring one lecturer from another Nordic country to speak at the society's annual meeting

The NFOG Scientific committee held its most recent meeting in Stockholm 13th of March to evaluate the applications. Twenty one out of 25 applications were at least partly funded. The Committee felt that it would be a good idea to inform future applicants and other NFOG members of some of the practises and principles of the evaluations.

Just as the instructions state, the budget needs to be detailed and travelling expenses according to public transportation and modest accomodation. With the internet and modern apps it is easy and quick to make precise estimates of these expenses, as well as find economical accomodation practically everywhere. Well-detailed projects can be funded fully, vague applications are typically partly funded. Furthermore, the planned activities (visit, project course) should be described properly. Courses outside of Scandinavia may be supported up to 8000 DKK. Only future activities will be considered for support.

A short written report to the NFOG Board must be sent to the NFOG Treasurer (lousen@dadlnet.dk), the NFOG webmaster (secher@dadlnet.dk) and the Scientific Committee (nfogfund@nfog.org) within 3 months after the activity. The report will be published on the NFOG website. Expenses will be refunded, when the NFOG Treasurer receives documentation of expenses and the written report.

The next deadline for the NFOG Fund application is October 1st 2014. So there is plenty of time to plan for a visit or a course abroad and also enough time to prepare the application carefully following all of the rules and instructions. The Scientific Committee would like to warmly invite all members to take advantage of this potential support.

This notice is in English just as all of the NFOG Fund applications according to the guidelines need to be in English. This naturally concerns the entire application with all of the attachments e.g. CVs and letters of recommendation etc. Please prepare your application by strictly following the guidelines and once completed please check once more that you have included all the required attachments. This will maximize your chances of being funded and save the Scientific Committee from having to reject incomplete applications.

GOOD LUCK WITH YOUR APPLICATION !

Don't leave it just to luck, please fill in the application carefully.

*On behalf of the NFOG Scientific Committee,
Antti Perheentupa*

Annonsering, NFOGs PhD register

Sharing knowledge - The NFOG Thesis Registry

Dear NFOG members

Sharing of knowledge has been a mantra in Nordic research for decades. All the Nordic countries have a variety of national registries, usually containing information on all registered citizens, including name, personal identification number, sex, marital status, date of birth, date of death etc., but often also information on hospital admissions, diagnoses, medication etc. This is all information that can be shared and used for obtaining new knowledge and insight, eventually sharing such new knowledge. There are several recent examples, where researchers from Nordic countries have combined data from national registries to make common Nordic studies in e.g. IVF, obstetrics and HPV vaccines.

The NFOG Thesis Registry was established with a view to just that: Sharing knowledge. An abstract of all types of dissertations in obstetrics and gynaecology from Nordic universities from 1 January 2003 onwards can be submitted. The only condition is that you have to be a member of the NFOG, and you are if you are a member of your national society, i.e. the DSOG, SFOG, FIFK, NGF, or SGY; or alternatively be associated with a your local department of obstetrics and gynaecology.

However, the idea of sharing makes the most sense if as many as possible submit. Abstracts can be submitted in any format by e-mail to the NFOG webmaster, currently at secher@dadlnet.dk, including the authors' name, affiliation and e-mail-address, as well as English abstract and, if available, a link to the full text.

To stimulate submissions, the NFOG Board has decided to draw two authors each year to win prizes of DKK 2500 (about € 335).

Also, at each NFOG congress, a special session is held, where one author from each country is invited to make a presentation, and a prize for best presentation will be rewarded by the NFOG scientific committee.

If you have not already registered your thesis – or if you know of someone who has not – register now for the common best!

The NFOG Scientific Committee

Ulrik Schiøler Kesmodel

Annika Strandell

Antti Perheentupa

Marit Lieng

Póra Steingrimsdóttir

- Marte Myhre Reigstad
- LIS/FUGO leder
- martereigstad@gmail.com

Kjære FUGO-medlemmer!



Årets ENTOG utveksling til Glasgow gikk av stabelen andre uken i mai. Det var få plasser til utvekslingen i år, 30 til sammenligning med de 60 som vanligvis er tilgjengelige. Vi sendte Anja Skogen som har tre års fartstid som LIS i Mo i Rana. Det blir spennende å lese hennes rapport derfra, som kommer i en senere utgave av Gynekologen!

FUGO

Programmet for FUGOs forkurs er klart, og det finner du i denne utgaven av Gynekologen. Siden årsmøtet er lagt til Trondheim i 2014 ønsket vi å dra nytte av lokal kompetanse, og temaet er Ultralyd. Vi håper og tror det blir mye å lære både teoretisk og praktisk.

Neste FUGO styremøte legger vi til NFOG i Stockholm. Der arrangeres det en sosial sammenkomst for alle LIS mandag 9. juni, og alle LIS som ønsker å delta er velkomne. Se på NFOG.org for informasjon.

Ellers jobber en egen gruppe med prosjektet "Gi Kniven Videre", og Camilla Kleveland, LIS i Harstad, har skrevet litt om dette i denne utgaven av Gynekologen.

Meld fra om ønsker og innspill! Jeg og resten av gjengen i styret ønsker dere en god vår og sommer!



På vegne av hele FUGO styret,
Marte Reigstad
Leder

FUGO-styret 2014

Marte Myhre Reigstad	Leder	ENTOG representant / FUGOs representant i spes kom	martereigstad@gmail.com
Olav Nordbø	Nestleder	Kursansvarlig / ENTOG representant	olav.nordbo@gmail.com
Tiril Tingleff	Kasserer	NFYOG representant	tirilt@hotmail.com
Åsmund Mjølven Iversen	Sekretær	Webredaktør	dra.iversen@gmail.com
Helene Peterson	Styremedlem	NGF Vara / NFYOG representant	helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com
Johanne Holm Toft	Styremedlem (Vara)	Representant til Gynekologen	johanne.holm.toft@gmail.com
Silje Eilertsen Denstad	Styremedlem (perm.)		silje.eilertsen.denstad@stolav.no

“Gi kniven videre”

I løpet av senhøsten 2014 vil FUGO (Foreningen for Utdanningskandidater i Gynekologi og Obstetrik) starte kampanjen “Gi kniven videre”.

LIS bruker generelt lang tid på å fylle opp operasjonslistene sine, og veiledningen i operative ferdigheter er ofte uten tilstrekkelig struktur. Vi ønsker nå å sette søkelyset på dette, gjennom en kampanje adoptert fra våre søsterorganisasjoner i Sverige og Danmark. Kampanjen oppfordrer avdelingene til å prioritere LIS på operasjonsstua, og tilbyr enkle verktøy som kan gjøre opplæringen og veiledningen bedre og mer målrettet.

Før og etter kampanjen vil det bli sendt ut spørreskjema til ledere av de lokale utdanningskomiteene for å kartlegge dagens utfordringer og kampanjens effekt.

Kampanjen vil foregå over en periode på 6 måneder, med mål om oppstart senhøsten 2014.

Bakgrunn:

I Norge tar det i gjennomsnitt 8,3 år å bli ferdig spesialist i Fødselshjelp og kvinnesykdommer, noe som er sammenlignbart med andre spesialiteter. Det fremgår av de årlige SERUS-rapportene at det gjennomgående er frustrasjon blant LIS fordi det er vanskelig å få fylt operasjonslistene, og at oppfølgingen og veiledningen i den operative delen av faget er uten kontinuitet og struktur. Mange opplever at det er stort produksjonspress på avdelingene som fører til at spesialister ofte opererer alene, mens



LIS dekker vakt og poliklinikk. Vi anser det som et ansvar for de respektive avdelingene og overordnet i helseforetakene at det legges til rette for at kunnskap og ferdigheter

blant eldre kollegaer overføres til LIS, i tråd med mester-svennprinsippet utdanningen er bygget på.

FUGOS forkurs før NGF årsmøte i Trondheim 2014

3D Ultralyd og UL under fødsel

22/10 - 2014 11.00 - 18.00

10.45 - 11.00	Registrering
11.00 - 11.10	Velkommen, kursleder
11.10 - 11.40	UL under fødsel, Erik Andreas Torkildsen
11.40 - 11.55	Pause
11.55 - 12:45	3D UL, basal teori og obstetrisk bruk, Harm-Gerd Blaas
12.40 - 12.50	Pause
12.50 - 13.20	3D UL av fosterhertet, Torbjørn Eggebø
13.20 - 14.20	Lunsj
14.20 - 14.50	3D Vaginal UL i gynekologi, Ragnar Sande
14.50 - 15.00	Pause
15.00 - 18.00	Praktisk øvelser: UL under fødsel, 3D-opptak på pasient, prosessering av 3D-opptak

Oversikt over relevante kurs og kongresser finnes på NGFs nettside:

<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Kalender/>



Norsk gynekologisk forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Kjenner du til kurs som ikke står oppført, tips
lokeland@gmail.com eller agn.lund@online.no.



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Norsk gynekologisk forening ønsker velkommen til årsmøte i Trondheim 23.- 25. oktober 2014.

Forkurs FUGO: 22.oktober. Tema: 3D ultralyd

Påmelding via NGFs nettside: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/>

Abstrakt frist: 15.08.14

Frist for innlevering av saker til generalforsamling: 15.08.14

Forslag til NGFs hederspris: jone.trovik@helse-bergen.no innen 15.08.14

Velkommen til Trondheim!!!



Hilsen LOK Trondheim

- Marit Halonen Christiansen
- Stavanger universitetssykehus, sentralstyret
- marit.halonen.christiansen@legeforeningen.no
- Jeanne Mette Goderstad
- Oslo Universitetssykehus, spesialitetskomiteen
- jeagod@ous-hf.no

Skal vi fjerne kirurgiåret fra vår spesialistutdanning?

Helsedirektoratet arbeider med ny struktur på spesialistutdanningen. De ønsker å gjøre den mer effektiv.

Med det forstår vi at tiden det tar å bli ferdig spesialist må reduseres. I dag er gjennomsnittsalderen for spesialistgodkjenning i fødselshjelp og kvinne-sykdommer 39,6 år for kvinner og 40,1 år for menn. For generell kirurgi er tilsvarende tall 39,8 og 39,9 år. (1)

Det har vært nedlagt et stort arbeid i regi av H.dir om hvordan dette kan gjøres på best mulig måte. Flere av dere har sikkert vært representert i ulike arbeidsgrupper og kommet med høringsuttalelser. Hele

utredningen kan leses på <http://helse-direktoratet.no/publikasjoner/frem-tidens-legespesialister-en-gjennom-gang-av-legerspesialitetsstruktur-og-inn-hold/Sider/default.aspx>

Legeforeningen gjorde parallelt med H.dir sin egen utredning, og begge resultater ble presentert på landsstyremøtet i fjor.

I etterkant av dette har H.dir arbeidet videre med forslaget, herunder hvilken konsekvens dette vil få for sykehusene.

Legeforeningen arrangerte et møte for fagmedisinske foreninger og spesialitetskomiteer på Gardermoen i mars i år. På dette møtet ønsket man en diskusjon om konsekvensene av ny struktur.

1. Tiden

H.dir ser for seg en tredeling av spesialistutdanningen der den tradisjonelle turnustjenesten inngår som første del, dvs: 1 ½ år turnus, 3 år generell del, 2 år spesiell del = spesialist.

2. Nye spesialiteter.

Grenspesialitetene i kirurgi omgjøres til hovedspesialiteter. Det som blir igjen av generell kirurgi tas hånd om av

gastrokirurgene. Det cardiologiske miljøet ønsker cardiologi som egen hovedspesialitet. Det ligger nok også an til at alle grenspesialiteter i indremedisin blir egne hovedspesialiteter.

Det er forslag om ny spesialitet i mot-taksmedisin. Hvordan denne utdannelsen skal organiseres er ikke utredet og skaper debatt.

2. Bakvaktskompetent etter tre år generell del.

H.dir. ser for seg at man etter del 2, dvs 3 år generell del, skal kunne gå selvstendig bakvakt uten å være spesialist. Resultatet av dette blir at man på enkelte sykehus vil ende opp med vaktteam uten spesialist tilgjengelig.

3. Spesialitetskomiteene erstattes av fagråd.

Fagrådene oppnevnes av H.dir. og skal definere målbeskrivelsene for de ulike fag og gi spesialistgodkjenning.

I disse fagrådene sitter representanter fra fagmiljøene. Legeforeningen skal kunne foreslå representanter. Det nye er at arbeidsgiver også skal være representert.



Jeanne Mette Goderstad

4. Kirurgiåret som del av vår hovedspesialitet.

Representant fra kirurgimiljøet, Tom Glomsaker, kunne fortelle at med en kortere spesialiseringstid og krav til dokumentert ferdighet i ulike prosedyrer, vil en av konsekvensene kunne bli at kirurgiske avdelinger ikke har mulighet til å prioritere leger fra andre spesialiteter som har kirurgi som del av sin hovedutdannelse. Disse legene vil kunne ende opp som journalistikere i mottak og ikke prioriteres på operasjonsstuene.

Noen synspunkter:

Det er bra at Helsedirektoratet sette fokus på spesialistutdanningen og ønsker å gjøre den bedre. Vi tror med fordel bedre struktur og krav til ferdighet vil bedre utdannelsen og kunne korte ned utdanningstiden. Det er nødvendig å se på hva vi gjør i tiden vi er i spesialisering, ikke bare telle prosedyrer og tiden på ulike sykehus. Tiden er ikke uvesentlig. Den er viktig for at vi skal kunne treffe pasienter med ulike diagnoser og følge deres behandlingsforløp. Det reduserte tidskravet fra Hdir vil ikke få store følge for vår spesialiseringstid som i dag er 5 1/2 år pluss turnus.

Skal vi redusere med 6 mnd er det kirurgiåret som peker seg ut. Jeg har vært av den oppfatning at i kirurgiåret lærer vi å vurdere, behandle og følge opp pasienter med akutt abdomen. Vi blir mer fortrolige med tarm og blære som er nyttig i vår kirurgiske hverdag. Dersom endrede krav for kirurgene fører til endret innhold i kirurgiåret for våre LIS, må vi vurdere om vi skal kutte ut kirurgiåret.

Da må vi ha svar på følgende: Hva lærer våre leger i spesialisering på kirurgiskavdeling som de ikke kan lære på gynekologiskavdeling?

Når vi ser på listekravet for kirurgiåret er det behov for endring. At vi skal kunne få 20 laparotomier i en tid da det meste gjøres med laparoskop eller robot er utenkelig. Vi i spesialitetskomiteen må komme med forslag til endring mer i retning av 20 abdominalingrep utført med laparoskopi, robot eller laparotomi.

Når det gjelder baktvaktkompetanse må vi stille krav til spesialistgodkjenning.

Referanser

I. Anders Taraldset , statistikkjef, Legeforeningen.



VEREGEN®
GRØNN TE-EKSTRAKT

– et naturlig valg til behandling av kjønnsvorter

- Fjerningsrate på 52,4%¹
- Residivrate på 6,5%¹
- Milde lokale hudreaksjoner er relatert til virkningsmekanismen og bør ikke føre til seponering¹

Antiviralt middel. ATC-nr.: D06B B12. **SALVE 10%:** 1 g inneholder 100 mg ekstrakt (som tørt ekstrakt, raffinert) fra *Camellia sinensis* (L.) O. Kunze, blad (blad av grønn te) (45-56:1), som tilsvarende 55-72 mg (-)epigallocatektingallat, hvit myk paraffin, hvit bivoks, isopropylmyristat, oleylalkohol, propylenglykollimonopalmittostearat. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) hos immunkompetente pasienter som er 18 år eller eldre. **Dosering:** Voksne: Inntil 250 mg Veregen, som tilsvarende en stripe med salve på omtrent 0,5 cm (maks. total enkeltdose) påføres tre ganger daglig på alle vorter på ekstern kjønnsorgan og det perianale området (750 mg total dagdos). **Barn:** Sikkerhet og effekt av Veregen er ikke undersøkt hos barn og ungdom under 18 år. **Bruksens varighet:** Behandlingen bør fortsette helt til alle vortene er forsvunnet, men uansett ikke mer enn 16 uker totalt (maks. varighet), selv om det skulle komme nye vorter i løpet av behandlingstiden. **Administrering:** En liten mengde Veregen påføres på hver vorte ved bruk av fingrene, og smøres på for å sikre at alt dekkes fullstendig. Et tynt lag av salve skal være igjen på vortene (maks. 250 mg totalt for alle vorter/én enkeltdose). Hvis en dose forglømmes skal pasienten fortsette behandlingen som normalt. Det anbefales å vaske hendene før og etter påføring av Veregen. Det er ikke nødvendig å vaske bort salven fra det behandlede området for neste påføring. Kvinnelige pasienter som bruker tamponger, skal sette inn tampongen før påføring av Veregen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffet eller overfor ett eller flere av hjelpestoffene. Effekt og sikkerhet hos pasienter som bruker immunmodulerende legemidler har ikke blitt undersøkt. Slike pasienter skal ikke bruke Veregen salve. Pasienter med sterkt nedsatt leverfunksjon (f.eks. klinisk relevant forhøyede leverenzymmer, bilirubinøkning, INR-økning) skal ikke bruke Veregen på grunn av utstrekkelige sikkerhetsdata. **Forsiktighetsregler:** Unngå kontakt med øyne, nesebor, lepper og munn. Veregen skal ikke påføres åpne sår eller skadet eller betent hud. Behandling med Veregen anbefales ikke for huden er fullstendig helet etter eventuell tidligere kirurgisk eller medikamentell behandling. Veregen er ikke blitt vurdert for behandling av vorter i urinrør eller intravaginale, cervikale, rektale eller intra-ale vorter. Kvinnelige pasienter med kjønnsvorter i vulva bør utvise forsiktighet ved bruk av salven, siden behandling i dette området oftere er forbundet med alvorlige lokale bivirkninger. Utisikket påføring i vagina må unngås. I tilfelle utisikket påføring i vagina, vask øyeblikkelig bort salven med varmt vann og mild såpe. Ikke-ukenskarne mannlige pasienter som behandles for vorter under forhuden, skal trekke forhuden tilbake og vaske området daglig for å forebygge fimose. Ved tidlige tegn til striktur (f.eks. uricasjon, indurasjon eller større vanskeligheter med å trekke tilbake forhuden) skal behandlingen avbrytes. Det kan utvikle seg flere vorter i løpet av behandlingen. Bruk kondomer helt til alle vortene er borte, siden Veregen ikke fjerner HPV-virus eller forebygger overføring av sykdommen. Veregen kan redusere effekten av kondom og vaginale spiraler. Derfor skal salven vaskes bort fra det behandlede området før bruk av kondomer og seksuell kontakt. Ytterligere prevensjonsmetoder bør vurderes. Hvis pasientens seksuelle partner infiseres, anbefales det å behandle partneren for å forebygge ny infeksjon av pasienten. Ikke utsett det behandlede området for sollys eller UV-stråling, siden Veregen ikke er blitt testet under slike forhold. Unngå bruk av okklusiv bandasje. Avbrudd i behandlingen kan indiseres i tilfeller som er forbundet med en reaksjon i lymfocytene eller med intense lokale hudreaksjoner som fører til uakseptabel ubehag eller økt alvorlighetsgrad. Behandlingen med Veregen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene er redusert. Dersom det oppstår en lokal vesikulær reaksjon, skal pasientene rådes til å oppsøke lege for å utelukke en genital herpesinfeksjon. Sikkerhet og effekt for behandling i mer enn 16 uker eller for flere behandlingssykluser har ikke blitt fastslått. Veregen inneholder propylenglykollimonopalmittostearat som kan forårsake hudirritasjoner og isopropylmyristat som kan forårsake irritasjon og sensibilisering av huden. Veregen bør vaskes bort fra det behandlede området før seksuell aktivitet. Veregen setter flekker på tøy og serigetøy. **Interaksjoner:** Ingen interaksjonsstudier er blitt utført. Samtidig bruk av annen lokal behandling i området med vorter bør unngås (f.eks. sittebad, topikal påføring sink eller vitamin E, etc.). Samtidig inntak av høydoserte orale grønn te-ekstraktprodukter (kosttilskudd) bør unngås. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Det er begrenset mengde data på bruk av Veregen hos gravide kvinner. Studier på dyr har vist reproduksjonsstøttsitet. Som et forsiktighetsiltak er det anbefalt å unngå bruk av Veregen under graviditet, selv om systemisk eksponering av epigallocatektingallat forventes å være lav etter dermal påføring av Veregen. **Amming:** Det er ukjent om Veregen eller dets metabollitter blir skilt ut i morsmelk hos mennesker. En risiko for spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Ingen effekt på ryfildte/spedbarn som ammes er forventet ettersom systemisk eksponering av epigallocatektingallat forventes å være lav etter dermal påføring av Veregen. **Fertilitet:** Det foreligger ikke studier på mennesker. Studier på dyr viser ikke effekt på fertiliteten hos rotter etter dermal (hanner) og vaginal (hunner) påføring. **Bivirkninger:** **Svært vanlige (≥1/10):** Lette lokale hudreaksjoner er knyttet til virkemåten og skal ikke føre til seponering av behandlingen. Vanlige bivirkninger er lokale reaksjoner på påføringsstedet som erytem, kje, irritasjon (for det meste en sviende følelse), smerte, ødem, ulcer, indurasjon og blærer. Disse avtar etter de første ukene av behandlingen. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Lokale reaksjoner på påføringsstedet, som avskalling, verk, bløtning og opphovning. Blod/hymfe: Inguinallymfadenitt/lymfadenopati. **Kjønnsorganer/bryst:** **Fimose:** **Milde vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Lokale reaksjoner på påføringsstedet som misfarging, ubehag, tørrhet, erosjon, revner, hyperestesi, anæstesi, arr, knuter, dermatitt, overfølsomhet, lokal nekrose, taigkjertler og eksem. **Hud:** Utislett og papulært utsllett. **Infeksjoner:** Infeksjon på påføringsstedet, pustler på påføringsstedet, genital herpesinfeksjon, styfilokok-kinfeksjon, uretritt, vaginal candidiasis, vulvovaginit. **Kjønnsorganer/bryst:** Balanitis, dyspareuni. **Nyre/urinveier:** Dysuri, hyppig vannlating, polyakisuri. **Bivirkninger oppstår med høyere hyppighet under okklusive betingelser. Overdosering/Forgiftning:** **Symptomer:** Det er ingen rapporterte tilfeller av overdosering. Ved utisikket oralt inntak er behandling av symptomene indisert. **Behandling:** Det finnes ingen spesifikk antidot mot Veregen. Det finnes ikke tilgjengelige erfaringer med oralt inntak av produktet. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Kjemoterapeutika til utvortes bruk, antivirale midler. **Virkningsmekanisme:** Virkningsmekanismen til grønn te-ekstrakt er ikke kjent. Den påviste ikke-kliniske studier hindrer grønn te-ekstrakt veksten av aktiverte keratinocytter ved antioksidative virkninger på påføringsstedet. **Absorpsjon:** Basert på konsistente data fra eksponeringsstudier (topikal påføring av Veregen 15 % og grønn te som drikke) kan det forventes at systemisk eksponering av katekiner etter dermal påføring av Veregen ikke overstiger systemisk eksponering ved oralt inntak av Veregen. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25 °C. Brukes innen 6 uker etter første gangs åpning. **Pakning, priser og refusjon:** Vnr. 439398. Veregen salve, styrke 10%, tube 1g. Pris kr. 491,30. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no. Meld bivirkninger på www.legemiddelverket.no/meldskjema. **Referencer:** 1. Veregen® preparatomtale

- Ragnar Sande
- Overlege PhD, Stavanger Universitetssykehus
- ragnar.sande@gmail.com

Gynekologen anbefaler bøker

Med varierende grad av fagleg relevans

Denne gongen: “Emma må til doktoren” av Gunilla Wolde



Gynekologen sitt velbrukte eksemplar av “Emma må til doktoren”.

Etter ein nølande start der vi anmelde ei bok som kanskje hadde sitt hovudfokus utanfor medisinen, går vi denne gong rett på eit av dei sentrale verka i moderne skandinavisk medisin, “Emma må til doktoren” av Gunilla Wolde. Forfattaren burde vere kjend for dei fleste for sine medisinskfaglege tekstar som “Thomas går til doktoren”, “Emmas lillebror er syk” og altså “Emma må til doktoren”. For mange av oss som vaks opp på 70- og 80-talet var Wolde det fyrste møtet med medisinsk litteratur; endel vil nok undre seg over at vi vel “Emma må til doktoren” framfor hennar fyrste medisinske verk “Thomas går til doktoren”, som kanskje er endå meir kjent. “Thomas går til doktoren” er imidlertid svakare som medisinsk historiefortelling, undersøkinga av Thomas

verkar tilfeldig og lite målretta, og vi får aldri heilt vite kva som feilar Thomas eller kvifor han i det heile valde å oppsøke helsehjelp. “Emma må til doktoren” presenterer på den andre sida eit fullstendig pasientforløp der vi får vere med frå skade og behandling fram til full helbredelse.

Romanen startar tilsynelatande idyllisk der Emma og venninna Nille (som seinare gjorde det skarpt då ho grunnla ein butikkjede som selde billeg juggel, men det er ei anna historie) leikar i eit tre. Vi anar imidlertid at vi har dramatikkk i vente, og ganske riktig - allereie på side tre fell Emma ut av treet og slår hovudet mot to små, men skarpe steinar som ligg i det mjuke graset. Ein poengtert metafor for kor tilfeldig livet kan vere. Barnehagepedagog Ole er fyrstemann til ulykkesstaden og får komparentopplysningar frå Nille. I den prehospitale fasen er hemostase i fokus, og Emma får betydeleg sekundærgevinst i form av massiv oppmerksomheit frå vener og bekjende.

Det er fyrstelinjetenesta som handterer alle behov, både anestesi og kirurgi. Veldig i tråd med samhandlingsreformen. Vi får møte både kvinneleg sjukepleiar og mannleg lege, nokså utypisk for Wolde, som ellers sjonglerer fritt med kjønnsstereotypiar. Vi merkar

oss at det er Ole frå barnehagen som følgjer Emma til doktoren, eit eksempel til etterfølging for dagens barnehagetilsette, som tenderer til å ringe far på jobb så snart poden er litt snørrete.

Utan å røpe for mykje kan vi betrygge lesaren med at det går godt til slutt, og Emma kjem frå det heile utan varig mein. Sjølve slutten lever imidlertid ikkje heilt opp til det gjennomgåande høge nivået til Wolde, det verkar litt for lettvent når ein konkluderer med at Emma og Nille lærte noko av episoden og deretter leika meir forsiktig i treet. Bortsett frå å vere ein svært velbrukt og opplagd slutt, er det totalt usannsynleg for alle som har hatt eller har vore barn at ein skulle ta lærdom av ei slik enkelthending.



Hemostase står i fokus under den prehospitale handteringa.



RetroArc Sling System

Intentionally designed.
Thoughtfully refined. RetroArc.™

UpViser AS har den glede av å introdusere det nye RetroArc retropubic slyngesystem.

RetroArc bruker den samme slyngen som blir benyttet på Monarc/SPARC. Den har vist gode resultater i mer enn 10 år.

AMS retropubiske slynger behandler stress inkontinens hos kvinner som er forårsaket av uretra hyper bevegelse og/ eller når intrinsikt spincher mangler (ISD).

RetroArc er designet for å gi fleksibilitet under den kirurgiske tilnærmingen.

**Finn ut mer om våre produkter og kurs.
Besøk www.upviser.no eller ring 67 11 58 70**

Epost: info@upviser.com

RetroArc har blitt optimalisert på følgende områder:

- Geometrisk designet nål for optimal styrke, og passasje gjennom vev.
- Ergonomisk «quick release» håndtak for konsistent mesh plassering.
- Patentert justerings sting, som gir intra-operativ reguleringer uten mesh forvrengning.

Kontakt oss i dag for en uforpliktende prat.

We are here to stay!



EN ANNEN BEHANDLINGSMETODE FOR OVERAKTIV BLÆRE

- Den første β_3 -agonisten mot overaktiv blære^{1,2}
- Dokumentert effekt på alle OAB-symptomer^{1,2}
- Munntørret på placebonivå^{1,2}



Referanser: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 2. Nitti et al. 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.: G04BD1DEPOTTABLETTER, filmdrasjerte 50 mg og 25 mg; Hver tablett 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 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 CYP3A-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

¹Lett: 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.

²Lett: «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. Svelges hele med væske. Skal ikke tygges. Skal ikke deles eller knuses. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler: Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Se Dosering. **Hypertensjon:** Preparatet er ikke evaluert hos pasienter med alvorlig, ukontrollert hypertensjon (systolisk blodtrykk ≥ 180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk ≥ 110 mm Hg), og anbefales ikke til denne pasientgruppen. Det foreligger begrensede data fra pasienter med hypertensjon trinn 2 (systolisk blodtrykk ≥ 160 mm Hg eller

diastolisk blodtrykk ≥ 100 mm Hg). **Kongenital eller ervervet QT-forlengelse:** Ved terapeutiske doser i kliniske studier, har mirabegron ikke gitt klinisk relevant QT-forlengelse. Pasienter med tidligere kjent QT-forlengelse eller pasienter som bruker legemidler som er kjent for å gi forlenget QT-intervall er imidlertid ikke inkludert i studiene, og effekten er ukjent. Varsomhet må utvises ved bruk til disse pasientene. **Interaksjoner:** Hos pasienter med lett til moderat nedsatt nyrefunksjon (GFR 30-89 ml/minutt/1,73 m²) eller lett nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse A), som samtidig får behandling med sterke CYP 3A-hemmere (f.eks. itrakonazol, ketokonazol, ritonavir og klaritromycin), er anbefalt dosering 25 mg/dag. Det bør utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler med smal terapeutisk indeks som metaboliseres signifikant via CYP 2D6, slik som tioridazin, antiarytmika type 1C (f.eks. flekainid, propafenon) og trisykliske antidepressiver (f.eks. imipramin, desipramin). Det bør også utvises forsiktighet ved samtidig bruk av CYP 2D6-substrater, der dosen titreres individuelt. For pasienter som skal starte behandling med en kombinasjon av Betmiga og digoksin, bør laveste dose digoksin forskrives i starten. Digoksinkonsentrasjonen i serum bør overvåkes og brukes til titrering av digoksin dosen 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, amning og fertilitet: Graviditet:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som prøver å bli gravide. **Amning:** Bruk under amning bør unngås. **Bivirkninger: Vanlige (f1/100 til <1/10):** Hjerter/kar: Takykardi. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon. **Mindre vanlige (f1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerter/kar: Palpasjon, Atrieflimmer. Hud: Urticaria, utslett, inkl. makuløst og papuløst utslett, pruritus. Infeksiøse: Vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnorganer/bryst: Vulvovaginal pruritus. Muskel-skjelettsystemet: Hovne ledd. **Undersøkelser:** Forhøyet blodtrykk, forhøyet GGT, forhøyet ASAT, forhøyet ALAT. **Sjeldne (f1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Leppeødem. Hud: Leukocytoklastisk vaskulitt, purpura. Øye: Øyelokksødem. **Overdosering/ Forgifting: Symptomer:** Opptil 300 mg daglig i 10 dager, ga økt puls og økt systolisk blodtrykk ved administrering til friske. **Behandling:** Symptomatisk og støttende. Monitorering av puls, blodtrykk og EKG anbefales. **Pakninger og priser (pr. 07.05.2014): 25 mg:** 30 stk. (blister) 372,50 kr. 90 stk. (blister) 1034,90 kr. **50 mg:** 30 stk. (blister) 372,50 kr. 90 stk. (blister) 1034,90 kr. 90 stk. (flaske) 1034,90 kr. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no **Refusjon: Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode: ICPC: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens Vilkår:** Ingen spesifisert. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 02.2014. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 20.02.2014