

25-1
2012

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHOLD

■ **Knut Hordnes` første leder s. 6** ■ Når legen trenger hjelp s.8 ■
Les om ultralyd-debatten s.12 ■ Reisebrev fra Kina s. 29



Zidoval gel

metronidazol 0,75%

Til vaginal behandling av
bakteriell vaginose

godt tolerert¹ • vannbasert gel • selektiv lokalbehandling^{1,2}

c Zidoval «Meda»

Kjemoterapeutikum.

ATC-nr.: G01A F01

VAGINALGEL 0,75%: 1 g inneholdt: Metronidazol, 7,5 mg, propylenglycol., Carbopol 974P, methyl. et propyl. parahydroxybenz. (E 218 et E 216), natr. edet., natr. hydroxid. q.s., aqua purif. ad 1 g.

Indikasjoner: Voksne: Bakteriell vaginose.

Dosering: Voksne: 1 dose vaginalgel (5 g) føres inn i vagina 1 gang pr. dag ved sengetid i 5 dager.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bruk under menstruasjon anbefales ikke. Candida-infeksjon kan forverres og bør behandles med et middel mot candida. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som har en anamnese med bloddyskrasi. Samleie frarådes under behandlingen.

Interaksjoner: Metronidazol kan gi disulfiramliknende effekt i kombinasjon med alkohol. Akutt psykotisk reaksjon og forvirring har forekommet ved samtidig bruk av disulfiram. Med de lave serumkonsentrasjonene som oppnås ved bruk av preparatet, er muligheten for slike reaksjoner lite sannsynlig, men kan likevel ikke utelukkes. Metronidazol øker plasmakonsentrasjonene av warfarin, litium, ciklosporin og 5-fluorouracil. Liknende reaksjoner etter vaginal behandling med metronidazol forventes ikke pga. de lave serumkonsentrasjonene, men kan likevel ikke utelukkes.

Graviditet/Amming: *Overgang i placenta:* Data fra et stort antall graviditeter indikerer at metronidazol ikke er skadelig for fostre/nyfødte barn. Det foreligger ingen formelle studier av gravide kvinner behandlet med vaginalgel. Bør derfor brukes med forsiktighet hos gravide kvinner. *Overgang i morsmelk:* Ekskresjonen av metronidazol i melk har omtrent samme konsentrasjon som i morens serum og konsentrasjonsforholdet barn/mor er ca. 0,15. Forsiktighet bør utvises hos kvinner som ammer.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: Moderate og forbigående symptomer som mavesmerter, kvalme, brekninger. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet. Urogenitale: Lokal irritasjon, utflod, candidose. *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse, munntørhet, metallsmak. Hud: Kløe. Neurologiske: Uvanlig følelse i armer/ben. Sentralnervesystemet: Søvnforstyrrelser, irritabilitet, depresjon. Urogenitale: Symptomer på urinveisinfeksjon, mørkere urin. Hevelse, uregel-messige blodninger. Lekkasje av medikament. *Øvrige:* Krampefølelse.

Overdosering/Forgiftning: Metronidazol kan lett fjernes fra plasma ved hjelp av hemodialyse. Se Giftinformasjonens anbefalinger G01A F01.

Egenskaper: *Klassifisering:* Nitroimidazolderivat med antibakterielle og amøbedrepende egenskaper. *Virkningsmekanisme:* Virker mot Gardnerella vaginalis og bakteroidesarter. Gir betydelig økning av antall melkesyrebakterier i vagina. *Absorpsjon:* Absorberes i meget liten grad systemisk. *Metabolisme:* I leveren ved oksidasjon av sidekjeder og glukuronidkonjugering. *Utskillelse:* Både uforandret medikament og metabolitter utskilles hovedsakelig i urinen.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares < 25° C.

Andre opplysninger: Metronidazol kan interferere med enkelte kjemiske testverdier i serum, f.eks. aspartataminotransferase (AST, SGOT), alaninaminotransferase (ALT, SGPT), laktatdehydrogenase (LDH), triglyserider og heksokinaseglukose. Analyser kan gi falske nullverdier.

Pakninger og priser: 40 g med 5 engangsapplikatorer kr 141,20. **Sist endret:** 13.06.2007 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Referanser: 1. Preparatomtale Zidoval Gel. 2. Hanson JM et al. The J of Reprod Medicine, 2000; Vol. 45, No. 11

MEDA

Meda AS • Postboks 194 • N-1371 Asker • Tlf: 66 75 33 00 • Faks: 66 75 33 33 • www.meda.no

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

Martin Andresen
Smestadgynekologene
E-mail : martin@drandresen.no

Medredaktør

Pooja Parashar
Spes.praksis Bergen
E-mail: ipooja@gmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Cathrine Ebbing
KK Haukeland
E-mail: cathrine.ebbing@molmed.uib.no

Anne-Cecilie Hallquist
Smestadgynekologene
E-mail: anne.cecilie.hallquist@vikenfiber.no

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

Siri Strand Pedersen
Gyn avd , Klinikkk Hammerfest
E-mail: Siri.Strand.Pedersen@helse-
finnmark.no

Nettredaktør

Mette Løkeland,
Haukeland universitetssjukehus, Bergen
lokeland@gmail.com

Design/layout

Liv K. Norland
Akuttjournalen Arena AS
E-mail: artdirector@akuttjournalen.com
Tlf: 99 59 16 86

Annonseansvarlig

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

Forsidefoto

Oskar Johan Skaar

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2012

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

Innhold

■ Redaktøren	4
■ Leder	6
■ Artikkel	
Ressurssenteret Villa Sana - Når legen trenger hjelp	8
Norsk gynekologisk forenings hederspris 2011	10
Ultralydscreening i svangerskapet	12
Åpent møte om tidlig ultralyd	15
Nasjonal kartlegging av første tilbakefall etter primærbehandling for gynekologisk kreft	16
Bakteriell vaginose og candida infeksjon	18
■ FUGO	
Kjære FUGO-medlemmer!	21
■ Foreningsnytt	
EBCOG har fått sin første kvinnelige leder	24
Presentasjon av Styret	26
Presentasjon av redaksjonen	27
■ Kurs/kongress	
COGI, Kina i desember 2011	29
REISETIPS II	32
NGFs vårkurs 2012	33
Kongresskalender	34



25-1
2012



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2011-2013

Leder	Knut Hordnes	Hospitalet Betanien	knut.hordnes@uib.no
Nestleder	Torill Kolås	Sykehuset Innlandet Lillehammer	toril.kolaas@c2.net
Vitenskapelig sekretær	Jone Trovik	KK Haukeland	
Kasserer	Kevin Sunde Oppegaard	Gyn avd hammerfest	kevin.s.oppegaard@helse-finnmark.no
Styremedlem og redaktør Gynekologen (PSL)	Martin Andresen	Smestadgynekologene	martin@drandresen.no
Sekretær (FUGO)	Helene Peterson,	KK Ahus	Helene.Fjeldvik.Peterson@ahus.no
Styremedlem	Tone Shetelig Peterson	St Olavs Hospital	Tone.Shetelig.Lovvik@stolav.no
Varamedlem (PSL)	Odrun Kleggetveit	Spes praksis, Kristiansand	odrun.kleggetveit@gmail.com
Varamedlem (FUGO)	Marte Myhre Reigstad	KK Ahus	martereigstad@gmail.com

- Martin Andresen
- Smedstadgynekologene
- man@smestadgynekologene.nhn.no

Blanke ark



Det er med blandete følelser jeg kikker på almanakken og ser at dead-line for Gynekologen nr 1, nærmer seg. I. februar. Et hav av tid tenkte jeg i høst, men tiden går som kjent fort. Heldigvis har jeg fått med meg en utmerket redaksjon, som har vært aktiv og produktiv etter nyttår.

Stafett-pinnen tar jeg over etter Runa Aabø, som har gjort Gynekologen til et moderne og flott tidsskrift. Hun har vært redaktør i 4 år, og hatt ansvar for hele 16 utgivelser. En stor takk til Runa.

Hva skal vi fylle sidene med? Jeg ser ingen grunn til å endre på linjen som har vært de siste årene, så Gynekologen blir som tidligere en blanding av artikler, referater, foreningsnytt, helsepolitiske tema, info om kurs / kongresser. Vi har mange blanke ark å fylle, så har du tanker, ideer, hvordan Gynekologen kan bli bedre, ønsker vi gjerne innspill. Vi er avhengig av aktive medlemmer, så vi kan fylle Gynekologen med nyttig og interessant stoff.

Navn og e-mail til redaksjons-medlemmene finner du i egen presentasjon.

FUGO er viktig og vil få en fast spalte. Vi må få med våre unge medlemmer, og inspirere dem bl.a. til å melde seg på årsmøtet, som i år skal arrangeres i Tromsø 25.-27. oktober.

Legers helse er et viktig tema, men snakkes lite om. Vi har alle en travel hverdag med høye krav og forventningspress. For noen blir hverdagen for tøff. Hvor kan man da få hjelp?

I dette nummeret av Gynekologen har vi snakket med Olav Lunde. Han er psykiater og leder for Villa Sana, ressurs-senteret på Modum.

Ellers i Gynekologen kan du bl.a. lese om debatten rundt innføring av tidlig ultralyd med referat fra den åpne høringen i regi av Helsedirektoratet 16. januar i Oslo.

Det nye styret i NGF blir også kort presentert i dette nummeret av Gynekologen. Vår ny leder, Knut Hordnes, har allerede gjennomført 2 styremøter med stram regi, og planlegging av årsmøtet i Tromsø 25. -27.oktober er allerede i god gang. Knut er også president for NFOG-kongressen i Bergen 16. - 19. Juni

Ellers vil jeg minne om vårmøtet i Oslo 19.-20. April som har et spennende program.

Vi har altså 3 spennende møter og kongresser her i Norge i 2012. Meld dere på !!

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

STAN-GRUPPEN

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

LAPAROSKOPIUTVALGET

Jostein Tjugum, Andreas Putz, Anton Langebrekke, Marit Lieng, Eilef Hellem

NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

GYNEKOLOGEN

Martin Andresen, Pooja Parashar, Cathrine Ebbing, Mariann Eidet, Anne-Cecilie Hallquist, Siri Strand Pedersen

KVALITETSUTVALGET

Rolf Kirschner (leder), Bjørn Hagen, Anny Spydsaug, Pål Øian

FUGO

Christian Tappert, Sjur Lehmann, Marte Reigstad Myhre, Helene Fjeldvik Peterson, Tiril Tingleff, Johanne Holm Toft

NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

REVISJONSKOMITE – PROSEDYREKODER

Anne Zandjani, Stian Vestad

ANDRE RELATERTE INSTANSER:

SPECIALITETSKOMITEEN

Ole Jakob Nakling (leder), Kari Anne Trosterud, Ingar Nilsen, Ingeborg Bøe Engelsen, Trond Melby Michelsen, Hilde Sundhagen (vara), Knut Hofft Kierulf (vara), Sjur Lehmann (vara).

NFOG

Anne Dørum (leder), Bjørn Hagen, Mark M. Baeklandt, Lars Juul Hanssen, Anne Beate Vereide, Jostein Tjugum, Ingard Nilsen (fra NGF). I tillegg 6 vararepresentanter.

EBCOG (For 2012-2014)

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

NFOG'S NEMNDER (For 2012-2014)

Jacob Nakling (etterutdanning), Jone Trovik (vitenskapelig komite)

NYHET



NB:

ZOELY® er inkludert i bidragsordningen fra 2. januar 2012

Statens legemiddelverk

Nyhet: ZOELY®

- P-pillen med en innovativ kombinasjon av hormoner
 - Nomegestrolacetat, et høyelektivt gestagen avledet fra kroppens eget progesteron¹
 - 17β-østradiol, strukturelt identisk med endogent østrogen¹
- Mer enn 99% effektiv i et 24/4 regime^{1,2}
- Gir korte og lette bortfallsblødninger^{1,3}

Før forskrivning av Zoely®, se preparatomtalen

Utvålt sikkerhetsinformasjon for ZOELY®

ZOELY® er kontraindisert ved arteriell eller venøs trombose i akutfase eller i anamnesen, migrene med aura, alvorlige leversykdommer, tumorer eller udiagnostisert vaginalblødning. **Forsiktighetsregler:** Nedsatt effekt ved glemte piller, oppkast eller diaré. Redusert effekt ved samtidig bruk av visse legemidler (se preparatomtalen). Vanligste **bivirkninger ved bruk av ZOELY®:** Svært vanlige (≥1/10): Uønskede bortfallsblødninger, akne. Vanlige (≥1/100 til <1/10): smerter i bryst og bekken, økt vekt, kvalme, nedstemthet og nedsatt sexlyst.

Tryggere bruk av p-pillen

- Alle p-pillen 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-pillen, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Statens legemiddelverk



MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Telefon 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no. Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., et datterselskap av Merck & Co., Inc. All rights reserved. WOMN-1020394-0003 (des 2011)



Zoely «Theramex»

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A 14

TABLETTER: Hver hvite tablett inneholder: Nomegestrolacetat 2,5 mg, østradiol 1,5 mg, laktosemonohydrat 57,71 mg, hjelpestoffer. De gule tablettene er placebo-tabletter. **Indikasjoner:** Oral antikonsepsjon. **Dosering:** Kombinasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag, og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager i den rekkefølge som fremgår av pillebrettet. Klistermerker med ukedager medfølger og skal festes på brettet. Tablettene er nummerert og tas i stigende rekkefølge. Tablettene 1-24 er aktive (hvite), 25-28 er placebo (gule). En går direkte over til nytt brett uten opphold. En menstruasjons-lignende blødning (bortfallsblødning) kommer vanligvis 2-3 dager etter inntak av den siste hvite tablett, og er ikke nødvendigvis avsluttet før neste brett påbegynnes. Med dette behandlingsregimet oppnås full beskyttelse fra 1. tablett. Se SPC/pakningsvedlegg for nærmere beskrivelse av overgang fra annen prevensjon og for håndtering av glemte tabletter. **Administrering:** Kan tas med eller uten mat. Bør inntas med litt væske og helst til omtrent samme tid hver dag. **Kontraindikasjoner:** Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. hjerteanfarkt), eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall). Cerebrovaskulær hendelse, nåværende eller tidligere. Migrene med fokale nevrologiske symptomer. Kjent disposisjon for venøse eller arterielle tromboter som aktivert protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer. En alvorlig eller flere risikofaktorer for venøse eller arterielle trombose, f.eks. diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Nåværende eller tidligere pankreatitt dersom den er assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsprøver 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. Endometriehyperplasi. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandling institueres foretas komplett anamnese, inkl. familieanamnese og blodtrykksmåling. Graviditet utelukkes. Hoppighet av senere undersøkelser baseres på etablert praksis, og tilpasses den enkelte kvinne. Kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for venøs tromboemboli (VTE), spesielt 1. behandlingsår. Epidemiologiske studier har vist at forekomsten av VTE hos kvinner uten kjente risikofaktorer, som bruker lavdose østrogen kombinasjons-piller (<50 µg etinyl-østradiol), varierer fra ca. 20 tilfeller pr. 100 000 kvinner (for kombinasjons-piller med levonorgestrel), til 40 tilfeller pr. 100 000 kvinner (for kombinasjons-piller med desogestrel/gestoden). Dette kan sammenlignes med 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinner for ikke-brukere, og 60 tilfeller pr. 100 000 svangerskap. VTE er fatal i 1-2% av tilfellene. Det er ukjent hvordan Zoely påvirker risikoen sammenlignet med andre kombinasjons-piller. Risikoen for VTE øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme, langvarig immobilisering, større operasjoner, etter et kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien), og ikke fortsette for 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risiko for arterielle tromboemboliske komplikasjoner eller cerebrovaskulær hendelse øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefeil, hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller

foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til spesialist for rådgivning før det tas avgjørelse om bruk av hormonell antikonsepsjon. Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Symptomer på trombose eller cerebrovaskulær hendelse kan innbefatte: Unilateral smerte og/eller hevelse i beina. Plutselig kraftig smerte i brystet med mulig utstråling til venstre arm. Plutselig tungpustethet, plutselige hosteanfall, uvanlig kraftig vedvarende hodepine, synstap, dobbeltsyn, utydelig tale eller afasi, svimmelhet, kollaps med eller uten fokale anfall, svakhet eller svært markert nummenhet som påvirker en side eller en del av kroppen, motoriske forstyrrelser, akutt abdomen. Andre medisinske tilstander som er assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt), sigmoidesykdom. En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken umiddelbart. Noe økt relativ risiko for brystkreft hos kvinner som bruker kombinasjons-piller er rapportert i epidemiologiske studier. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. I sjeldne tilfeller har benigne levertumorer vært rapportert. Levertumorer må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken for størrelse 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 hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiv. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres både 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) angio-nevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon, kan det være nødvendig å seponere preparatet inntil markørerne for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan endre perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av depresjon, Crohns sykdom og ulcerøs kolitt er assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Varigheten av bortfallsblødning med Zoely er gjennomsnittlig 3-4 dager. Bortfallsblødninger kan også uteløse. Uregelmessige menstruasjonsblødninger kan forekomme, spesielt de første månedene. Hvis blødningsuregelmessigheter vedvarer eller oppstår etter foregående regulære sykluser, bør ikke-hormonelle årsaker tas i betraktning. Dersom dette forekommer, og Zoely er tatt iht. instruksjonene, er det usannsynlig at kvinnen er gravid. I tilfelle av graviditet utelukkes før behandlingen fortsetter. Oppkast og diaré kan føre til ufullstendig absorpsjon. Dersom tablettene tas mer enn 12 timer for sent kan den preventive beskyttelsen reduseres, og tilleggsprevensjon bør benyttes de neste 7 dagene. For mer informasjon om forholdsregler ved gastrointestinale forstyrrelser og ved glemte tablett, se SPC/pakningsvedlegg. Menstruasjonen kan om nødvendig utsettes ved å gå direkte over til et nytt brett uten å ta de 4 placebo-tablettene. For mer informasjon om endring eller utsettelse av menstruasjon, se SPC/pakningsvedlegg. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke bruke dette legemidlet. **Interaksjoner:** Bruk sammen med enzyminduserende legemidler (f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, bosentan, karbamazepin, rifampicin, og naturlegemidler med johannesurt, og i mindre

grad okskarbazepin, topiramid, felbamid, griseofulvin, ritonavir, nefinavir, nevirapin og efavirenz) kan gi gjennombruddsblødninger og sviktende prevensjon. Ved kombinasjon med et av disse legemidlene bør barrieremetode brukes under behandling og i 28 dager etter avsluttet behandling. P-pillen kan påvirke metabolismen til lamotrigin. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ikke indisert, seponeres hvis graviditet oppstår. Overgang i morsmelk: Kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelk. Bør ikke anvendes under amning. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Hud: Akne. Kjønnsganer/bryst: unormal bortfallsblødning. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, Kjønnsganer/bryst: Metroregi, menoragi, smerter i brystene, bekkenmerter. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Nedsatt libido, depresjon/nedstemthet, endret sinnstemning. Undersøkelser: Økt vekt. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Abdominal distensjon. Hjerne/kar: Hørselstap. Hud: Hyperhidrose, alopeci, kløe, tørr hud, seboré. Kjønnsganer/bryst: Hypomenoré, hovne bryster, galaktoré, kramper i uterus, premenstruelt syndrom, knuter i brystene, dyspareuni, vulvovaginal tørrhet. Muskel-skjelettsystem: Tyngdefølelse. Stoffsifte/ernæring: Økt appetitt, væskeretensjon. Undersøkelser: Økte leverenzymmer. Øvrige: Irritabilitet, ødem. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Tørr munn. Hud: Kloasma, hypertrikose. Kjønnsganer/bryst: Lukt fra skjeden, vulvovaginal ubehag. Lever/galle: Gallsten, galleblærebetennelse. Nevrologiske: Oppmerksomhetsforstyrrelse. Psykiske: Økt libido. Stoffsifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Øvre: Kontaktlinseintoleranse/tørre øyne. Øvrige: Sult. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Kvalme, oppkast og vaginalblødning. **Behandling:** Symptomatisk. Intet antidot. Se Giftinformasjonen anbefalinger G03A side d. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Progestogen-østrogen monofasisk kombinasjonspille. **Virkningsmekanisme:** Undertrykkelse av ovulasjonen og endringer i cervixsekretet. Nomegestrolacetat er et selektivt progestogen, utledet av det naturlig forekommende hormonet progesteron. Østrogenet i Zoely er 17β-østradiol, et naturlig østrogen identisk med det endogene humane 17β-østradiol. **Absorpsjon:** Maks. plasmakonsentrasjon: Nomegestrolacetat: Ca. 2 timer. Østradiol: Ca. 6 timer. Steady state: Nomegestrolacetat: Nås etter ca. 5 dager. Biotilgjengelighet: Nomegestrolacetat: 63%. Østradiol: Ca. 1%. **Proteinbinding:** Nomegestrolacetat: 97-98%. Østradiol: Ca. 98-99%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum: Nomegestrolacetat: 1645 liter. **Halveringstid:** Nomegestrolacetat: Ca. 46 timer. Østradiol: Ca. 3,6 timer. **Plasmaclearance:** Nomegestrolacetat: Ca. 26 liter/time. **Metabolisme:** Nomegestrolacetat: I lever via CYP 3A4 og 3A5. Østradiol: Betydelig firstpass-effekt, deretter i lever via CYP 1A2, 3A4, 3A5, 1B1 og 2C9. **Utskillelse:** Via urin og feces. **Pakninger og priser:** 3 x 28 stk. (kalenderpakn.) kr 319,20.

Sist endret: 28.11.2011

Referanser:

1. Zoely [summary of product characteristics], London, England: Merck Serono Europe Limited; 2011. 2. Christin-Maitre S, Serfaty D, Chabbert-Buffet N, Ochsenbein E, Chassard D, Thomas J-L. Comparison of a 24-day and a 21-day pill regimen for the novel combined oral contraceptive, nomegestrol acetate and 17β-estradiol (NOMAC/E2): a double-blind, randomized study. Hum Reprod. 2011; 26(6):1335-1347. 3. Mansour D, Verhoeven C, Sommer W, Weisberg E, Ianespanichkul S, Melis GB, Sundström-Poromaa I, Korver E. Efficacy and tolerability of a monophasic combined oral contraceptive containing nomegestrol acetate and 17β-estradiol in a 24/4 regimen, in comparison to an oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone in a 21/7 regimen. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2011;1-14.

- Knut Hordnes
- Hospitalet Betanien
- knut.hordnes@uib.no

State of the union



Kjære Kolleger

Det er forlenget blitt et nytt år, og de av dere som husker litt av fjoråret, vet at det ble valgt nytt styre på årsmøte i Ålesund. Det nye styret er konstituert, og vi har valgt å presentere oss selv i et eget lite oppslag slik at dere kan lese litt om hvem dere egentlig har valgt. Tallmessig er det en gunstig utskifting i Styret, hvor noen av oss gamle forsøker å sikre kontinuitet (Toril Kolås, Kevin Sunde Oppegaard og undertegnede), mens ny energi pøses inn i systemet: Jone Trovik, Tone Shetelig Løvig, Martin Andresen og Helene Fjeldberg. Vara er Marthe Reigstad og Odrun Kleggetveit. Det har vært et rollebytte, Toril blir nestleder og har gitt fra seg kassererjobben til Kevin (som beroliger med at han aldri har vært "tatt i" underslag i sin karriere som kasserer for NFYOG). Jone blir vitenskapelig sekretær etter Kevin, og tar samtidig over som representant i NFOG Scientific Committee etter undertegnede, som har hatt stor glede av denne jobben i 6 år. Martin er blitt redaktør for Gynekologen, og denne funksjonen er dermed tatt inn i styret, og for å kompensere for det blir Tone oppgradert fra vararepresentant til fast medlem av styret. Mette Løkeland fortsetter sitt gode arbeid som nettredaktør. Det er stort pågangsmot og arbeidslyst i det nye styret - vi har absolutt tro på at vi kan få utrettet noe. Vi har et godt fundament i

det som det tidligere styret har gjort. Jeg vil rette en stor takk for det, spesielt til nylig avtroppede leder Bjørn Backe for stor innsats og godt arbeid, og til redaktør Runa Aabø - som har ført impact faktoren til Gynekologen til helt nye høyder.

En doktoravhandling fra UiB fra desember i fjor tar for seg sykehusenes fokus på kommunikasjon: "Frå folkeopplysning til omdømmehandtering? Om institusjonalisering og profesjonalisering av informasjons- og kommunikasjonsarbeid i norske sjukehus." Doktoranden Hogne Satåøen viser at antall ansatte i sykehusenes informasjonsavdelinger er doblet siste 10 år, at kommunikasjonssjefene nå sitter i foretaksledelsen, og at ledere blir bedømt ut fra antall mediaoppslag. I takt med denne utviklingen har de vært flere saker der ledelsen har vært kritisk til ansattes uttalelser i media, og spørsmålet om lojalitet til ledelsen settes opp mot fagpersoners ønske om å varsle om uheldige eller uforsvarlige forhold. Det siste har blitt aktualisert, konferer kollega i Nordfjordeid og Helse Førde, og i Sykehuset Innlandet der leger påstås å skyve pasienter foran seg i konflikt og trues med oppsigelse for å ha gått ut i media. Det er viktig å holde fast ved; leger har en lovpålagt plikt til å si fra til tilsynsmyndighetene og til ledelsen ved uforsvarlige forhold, og samme rett som enhver annen til å ta opp i offentlighet kritikkverdige forhold. Dersom det som formidles i linjen stoppet underveis og ikke når fram til politisk nivå, kan media være eneste mulige vei å gå. På spørsmål i Stortinget 3.februar svarte Helse ministeren heldigvis ganske tydelig på dette: "det skal mye til før slike ytringer er i konflikt med lojaliteten til arbeidsgiver, og at slik kritikk som hovedregel bør møtes med motinnlegg." Viktig å ta med – også i Helse Nord.

Doktoranden tar også opp en annen side av saken og spør videre, ganske betimelig, kanskje sykehusene skal fokusere mer på å operere hofter enn å strigle seg for media? Litt mer generelt kan en ofte spørre, kommer den såkalte kjernevirksomheten vår i bakgrunnen for det som skulle være støttefunksjoner, og videre, tror man at kjernevirksomheten fungerer uansett selv om alt annet prioriteres foran? Kommunikasjonsavdelingene er kun et eksempel og kanskje ikke engang det beste. Hva med IKT? Politiet er ikke alene om å måte kutte ned på personell til fordi IKT systemene krever en seriøs oppgradering. Også i vårt vesen sveller IKT-avdelingene opp, tross dette oppfatter vi ofte ikke «hjelpemidlene» som DIPS, Natus, Orbit, Synergi og alle de andre vi slett ikke har bedt om som noen særlig hjelp, iblant snarere en klamp om foten. Bergen Legevakt forklarte nylig sin begrensede kapasitet og formidable ventetid, blant annet med ventetid på datasystemet. Hjelpemiddel? Det er viktig å holde fokus på målet – best mulig pasientbehandling. Kommunikasjon, IKT, DRG, administrasjon - selv forskning - er kun midler i denne sammenheng. Det må noen huske på.

NGF-styret har mange oppgaver, og også for oss er det viktig å holde fokus og prioritere våre krefter til de viktige sakene. Det er sentralt for oss å sikre at faget vårt blir utøvet på best mulig måte, og det krever blant annet at vi beholder styring over våre faglige retningslinjer: vi ønsker ingen politisk overkjøring av disse. Dessverre skjedde nettopp det i overtidsaken i fjor, der man i en alt for rask prosess utarbeidet uheldige anbefalinger som overstyrte våre godt gjennomarbeidede retningslinjer. Styret har et vedtak fra generalforsamlingen i Bodø i ryggen: NGF er kritisk til både prosess og konklusjon, og styret er bedt

om å ta saken opp med Legeforeningen og med Helsedirektoratet. Begge deler er gjort. Det er forståelse for vårt syn i direktoratet, og at fjorårets prosess kan bidra til å undergrave legitimiteten til våre faglige veiledere – det er ingen interessert i. ”Anbefalingene” ligger dessverre enda fast, men det arbeides med saken og vi er ikke uten håp om endring. Veileder i fødselshjelp skal revideres i løpet av 2012, og direktoratet er invitert til å delta i utarbeidelsen av kapitlet om overtid.

En annen viktig sak for foreningen er organiseringen av fødetilbudet, noe som har vært gjenstand for en rekke utredninger/rapporter/stortingsmeldinger og veiledere de siste 10-12 årene. Helsedirektoratet publiserte i desember 2010 veilederen: Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav for fødselsomsorgen. Denne er sterkt forankret i fagmiljøene og har også vært støttet av NGF. De regionale helseforetak og helseforetakene har imidlertid i liten grad gjennomført tiltak for å implementere sentrale kvalitetskrav, for eksempel mangler en oppbemanning av enkelte fødeinstitusjoner for å tilfredsstille kravene til Kvinneklinikk, samtidig som det opprettholdes enheter som er lite ”liv laga”. Det siste behøver ikke bety en nedgradering – det kan faktisk være en oppgradering av kvaliteten i fødetilbudet.

Ledelsen i Helse Nord har i vinter fått et helt spesielt fokus på seg, og man kan spørre om de oppfatter sentrale helsemyndigheter som noe annet enn en fakturaadresse: de nasjonale kravene stilt i Et trygt fødetilbud følges ikke opp, ei heller de anbefalingene gjort av de fire lokale helseforetakene. I strid med disse, og mens landsdelen sliter med å skaffe spesialister, utlyses stillinger i både Narvik og Harstad. – dette kan ikke tolkes på annen måte enn at ledelsen vil opprettholde forsterkede fødestuer begge steder i stedet for å sørge for at en av disse (Harstad) oppfyller kravene til fødeavdeling. Dette er ikke å ta kvalitetskravene på alvor. I HPV-saken har man lenge neglisjert Helsedirektoratets retningslinjer, og valgt en praksis som ikke har vært forsvarlig. Etter mange runder (se tidlige nettsak) innføres omsider HPV-test som tilfredsstillende kravene til sensitivitet. Så langt bra, men ganske oppsiktsvekkende er det at Helse Nord så velger å fortsette Norchip-testen som en ”studie” – en studie uten protokoll eller godkjenning, finansiert helt utenom vanlige kanaler, og med et kostnadsanslag på 50 millioner kroner. KK-ledelsen i Tromsø

ved Pål Øian og Ingard Nilsen har stått på og sagt tydelig fra. Ledelsen kunne nok ønske seg ”ro” om saken - det gir kanskje bedre omdømme. Her er ingen grunn til ro: Vi mener det er vår oppgave å forsvare faglig sikker behandling. Lojalitet mot ledelsen er underordnet dette, så lenge kritikk er saklig og velfundert som her. Våre kolleger i Tromsø har gjort en god jobb og støttes fullt.

Sakene i nord gir grunn til å spørre, fungerer foretaksmodellen slik den var tenkt, eller er myndighetskontrollen for svak? Det var neppe meningen at RHF-ene skulle være stater i staten. Helseministeren synes å dele denne oppfatningen, og varsler at HOD gjennom lovendringer vil styrke styring og kontroll – og at hun selv evt via delegasjon vil lede foretaksmøtene (Dagens Medisin 26. januar). Det ser ut til å være nødvendig.

Det er gledelig at HPV-saken nå omsider ser ut til å ha funnet sin løsning etter 8 års drakamp, og at vi har landet på en løsning som sikrer forsvarlighet. HPV var den mest omtalte saken i Dagens Medisin i fjor og har dominert våre nettsider i vinter. Jeg skal ikke dvele ved denne – det kunne fylt en bok. Ole-Erik Iversen har stått på for foreningens syn, og fortjener honnør for sin utholdenhet. Nå gjenstår å granske status hos de kvinner som gjennom de senere år har hatt negative mRNA-tester – og ansvaret for denne oppgaven må plasseres.

Debatten om tidlig ultralyd går høyt etter at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten i møte 5. desember vedtok -med 11 mot åtte stemmer- at rutinemessig ultralyd bør tilbys i uke 11-13 og 17-19, for som det står, ”å sikre tidligst mulig ivaretagelse av formålet for ultralyd i svangerskapet, og sikre faglig kvalitet av undersøkelsen”. Så sent som i april i fjor uttalte Rådet at det ikke forelå dokumentasjon for at det er riktig å innføre rutinemessig ultralyd i uke 12 for å oppnå helseeffekter hos foster/eller mor. Rådet bestilte så en rapport fra Kunnskapsenteret, som forelå i november, og som ble en viktig del av beslutningsgrunnlaget for vedtaket. Dette er en sak som inneholder vanskelige avveininger. I styret oppfatter vi at det foreligger en viss men begrenset medisinsk nytteverdi (først og fremst tvillingmorkaken), og at den største effekten (positiv eller negativ, etter som man ser det) er knyttet til funn av trisomier. Funnet av disse og konsekvensene av det

kan neppe måles som nytteverdi, og er knyttet til verdivalg – og er derfor ikke bare et faglig spørsmål, men et spørsmål som må besvares i en videre sammenheng og som må avgjøres politisk. Vil vi finne disse trisomiene? Er dette en rett kvinnen bør ha til å kunne velge, på det ene side, eller på den andre side, om dette er et valg vi bør påføre kvinnene? Det er liten tvil om at et ”tilbud” fort vil bli oppfattet som en rutineundersøkelse og følgelig vil få stor oppslutning slik 17-19 ukers ultralyden har i dag - også av kvinner som er mindre forberedt på vanskelige valg. Vil vi det? Spørsmålet skal avgjøres politisk. Slik sett er det forbausende at Nasjonalt råd for prioritering i det helet tatt uttaler seg om spørsmålet: Rådets oppgave er å prioritere mellom ulike tiltak som har medisinsk nytteverdi, ikke å foreta verdivalg – dette er og bør være en politisk avgjørelse. Inge Lønning går så langt som å si at Rådet med dette har utspilt sin rolle, og uttaler: ”Et faglig rådsorgan skal ikke treffe beslutninger på vegne av politikerne. Da er det heller ikke rimelig at de avgir råd med elleve mot åtte stemmer. Et faglig råd som er avgitt slik er tilnærmet vektlost. Hvis dette blir en alminnelig praksis kan en like godt legge ned rådet. Da er det egentlig et organ for helsepolitisk ideologisk overveieelse.” Jeg slutter meg til her.

Styret vil ikke gå i den samme fellen som Nasjonalt råd – vi er verken for eller mot, og nøyer oss med å påpeke at tidlig ultralyd har ganske begrenset medisinsk nytteverdi. Vi vil derfor ikke være noen pådriver i saken, og avventer politisk avgjørelse. Vi er ikke glad for politisk overstyring av faglighet - slik vi har sett i overtiddssaken, og inntil nyli i HPV-saken – og på den annen side må vi iblant må vi se hva som ikke er faglighet og overlate det til politikerne. Tidlig ultralyd er et eksempel på det. Vi er derimot helt sikre på den driftmessige siden av saken: om det innføres enda en ultralydundersøkelse i svangerskapet, må det følges av både penger og personell. Vi ønsker ikke at de enkelte helseforetak skal binde begrensede midler til å prioritere enda en gruppe friske gravide på bekostning av de som faktisk feiler noe.

Til slutt vil jeg minne om NFOG-kongressen i Bergen 16-19. juni: Et meget godt og spennende faglig program, et sosialt program og til og med et sportslig program ..unn deg årets begivenhet og meld deg på!

- Martin Andresen
- Smestadgynekologene
- man@smestadgynekologene.nhn.no

Ressurssenteret Villa Sana

- Når legen trenger hjelp

Leger har generelt en jobb med høyt arbeidstempo og stort forventningspress. Gynekologer er en spesielt utsatt gruppe med tøffe vakter og mye akutt medisin innen obstetikk og kirurgi. Det står ofte om liv og død, man skal ta raske avgjørelser som kan få store konsekvenser. I en belastende jobb er det ikke alltid anledning til å ta vare på seg selv. Hverdagen kan oppleves som svært krevende, og noen takler den ikke.

Stress og press takles på ulike måter, og kan fort gå utover helsen, privatlivet og familien. Hva gjør man når jobben og livet blir vanskelig? Hvor kan man henvende seg?

Villa Sana på Modum er et slikt sted.

Leder for ressursenteret er psykiater Olav Lund, og vi har snakket med ham.

Kan du fortelle litt om bakgrunnen for opprettelsen av Villa Sana?

Lenge før Ressurssenteret Villa Sana ble etablert i 1998 hadde Modum Bads kliniske avdelinger omfattende erfaring med legers helseatferd. Til tross for at Modum Bad trolig var landets best egnede institusjon til å ivareta det spesielle ved både å være lege og pasient, var ikke alltid prognosen for denne gruppen så god som en kunne ønske. De var på leting etter en annen innfallsvinkel enn den rent kliniske.

I 1992 startet Legeforeningens forskningsinstitutt sin longitudinelle studie av legers kår, helseatferd og trivsel. Foreningen kunne dokumentere at det var foruroligende få

som tok egne helseplager like alvorlig som de tok pasientenes (f.eks. ved sykmelding), trivselen var lav og det var høye rater av suicidalatferd og -tanker. Foreningen ønsket å ta tak i dette, også de ved å anlegge et annet perspektiv enn det terapeutiske.

Den fylkesbaserte støttekollegaordningen var da allerede etablert og ble en modell. Villa Sana ble en nasjonal enhet som kunne ivareta legers spesielle behov ved helseutfordringer eller ubalanse i forholdet hjem/jobb/rolle. Modellen var ny, uvant og ikke så lite revolusjonerende: en fagforening gikk i kompaniskap med en psykiatrisk klinikk for å utvikle et forebyggende tilbud til sine medlemmer. Det var motstand og innvendinger, men god argumentasjon, klare påviste behov og ryddige driftsrammer overbeviste etter hvert. Finansieringen ble sikret ved at SOP dekket utgifter til nedbetaling av bygg, daglig drift og personell. Når vi er ute og presenterer modellen, spør kolleger over hele verden: hvordan i all verden kan en legeförening prioritere penger på forebygging? Dét vil vi også ha! Svaret mitt er da: ta det opp på neste

årsmøte, engasjér medlemmene og kjemp det fram. Det er ittjå som kjæm tå sæ sjøl, sa Vømmøl Spellmannslag.

Hva kan Villa Sana tilby?

Et enestående tilbud fra en framsynt fagforening. Det var dristig å satse på et lavterskeltilbud av mer pedagogisk karakter enn en poliklinisk spesialistmodell. Vi tilbyr kolleger en eller flere å samtale med når livet kjennes i ubalanse, enten det er i krisefase eller mer langsiktig. Formålene ble tidlig meislet ut i tre retninger:

- ivareta og reflektere omkring egen identitet
- bedre livskvaliteten
- forebygge utbrenning.

Vi tilhører Modum Bad og er plassert på Modum Bads vakre område. Her har filosofien alltid vært å la "det skjønne fremme det sunne". De fysiske og naturmessige rammene gjør at vi kan gi ro, raushet og romslighet omkring samtalen eller kursene våre. Formatet dreier seg enten om én dags lang rådgivningssamtale eller en ukes kurs hvor 8 kolleger deltar. Kursdeltakerne bor



hos oss, langveisfarende dagsgjester får også overnatte i tilknytning til dagsrådgivningen om det er behov.

Jeg pleier å karakterisere legers situasjon som en dialektisk motsigelse: på den éne siden er leger akkurat som alle andre og på den andre siden er vi helt ulike alle andre. Ytterposisjonene i denne påstanden er begge feilaktige, men kan illustrere det spennet vi arbeider innenfor. Videre har staben utdanning og erfaring innen yrkesmedisin, veiledningspedagogikk og gruppeanalyse. Vårt personell er erfarne kolleger, rådgivere og støttepersonell som har særlig erfaring med legers spesielle situasjon. Ingen er i startfasen av sine karrierer; det er nødvendig selv å ha gjort noen erfaringer i livet for å kunne framstå troverdige overfor kolleger som kommer hit. Her kan kollegene få tid og rom til å starte den viktige dialogen om hvilken retning livet skal ta herfra.

Hvem er det som søker seg til Villa Sana?

Alle typer leger, alle aldre og alle spesialiteter. Det er en svak overvekt av kvinnelige kolleger og av allmennleger. Når de kommer hit har ofte problemstillingen som ligger bak modnet i lang tid. Mens noen har kommet i akutt krise knyttet til forhold på jobb, juridisk, økonomisk, rolle eller samliv.

Hvordan går med leger som har vært på Villa Sana?

Leger er ikke vaksinert mot noen av livets påkjenninger. Studium og praksis beskytter på ingen måte mot å bli rammet av det som rammer alle andre – det spesielle med legers vanlige betraktningssmåte er at de ofte vil fortsette i jobb og familieliv som om intet spesielt hadde skjedd. Mange av de som kommer hit ønsker å ta et oppgjør med denne forestillingen allerede før de søker seg inn. Derfor har de ofte sterk motivasjon, er klare for å tenke nytt og mange står på terskelen til å gjøre tøffe, uvante valg og stake ut ny kurs i livet. Det er et privilegium å kunne følge kollegene et stykke på denne veien – prognosen for at det skjer gunstige endringer etter et Villa Sana-besøk er god. Dét har vi forskningsbasert dokumentasjon

Olav Lund. Foto: © Unni Tobiassen Lie

på: Karin I. Røs doktorgradsarbeid fra 2010 viser merkbare og langvarige endringer i mestringsstil og opplevd belastning i gunstig retning.

Hva kan man gjøre på en sykehus-avdeling for å forebygge utbrenthet?

Miljøet rundt vår tids legejobb truer trivsel, arbeidsglede og kvalitet. Det er ikke alltid travelhet, men ofte meningstap som får mange til å bli uttappet. Mange klarer å mobilisere motstand og kjemper for strukturelle endringer, andre blir stående slitne alene. Det er urimelig å tro at arbeidsmiljøet blir bedre av at ledelseslinjene er lange og at sjefen er usynlig. Kravet om lojalitet må gå begge veier, klinikerne må føle at ledelsen har hjertet sitt vendt nedover i pyramiden. Det trengs en gjenopplivning av gamle prinsipper som både helse-, vernemyndigheter og fagforeninger frontet sterkere før:

- Vekt på å bedre det psykososiale arbeidsmiljø
- Medbestemmelse er helsefremmende, tap av mening er helseskadelig

- Faglig diskusjon og begrunnelse forut for endringer
- Et tydeligere samhold og åpenhet på egen sårbarhet innen legekorpset.

Det gror ikke helse i en fryktkultur, over tid fremmer den heller ikke kvalitet. Rom for små samlinger hvor kollegene kan luften og drøfte hvordan hverdagen er akkurat nå, kan forsterke følelsen av ikke å stå alene. Gjenoppliv legemøtet som et fagforeningsmøte. Mange avdelinger kan ta et oppgjør med "cowboy"-kulturen. Med det mener jeg idylliseringen av egne bragder i fortiden og devalueringen av dagens yngre kolleger som ofte vil stå for andre verdier.

Kan du avslutningsvis komme med noen råd til kollegaer som sliter i hverdagen med utbrenthet, depresjon og jobbstress?

1. Du er ikke mindre verd derom du opplever ubalanse i livet – det første trinn i trappa opp består av å erkjenne hvordan du har det. Forandringen starter med å akseptere fakta.

2. Det er et underforbruk av sykmelding hos leger i Norge. Søk hjelp og råd hos fastlegen. Gi tid til diagnostikk, behandling og rehabilitering om det trengs.
3. Selv om du gjør reflekterte og riktige valg; regn med motstand fra samvittigheten. Den er bare en følelse. Tren på å holde ut og korrigerer samvittigheten – den er konservativ og står for verdier som gjaldt i den familien du ble født inn i. Nå kan det være rett med nye verdier, samvittigheten kommer ikke på rett spor før lang tids hyposensibilisering. Snille piker kommer til himmelen, jeg kommer dit jeg vil, sa feministene.
4. Rekreasjon er like nødvendig som produksjon. De er som inn- og utpust, du kan ikke bare gjøre én av delene. Prioritér aktiviteter som gir deg helt andre opplevelser, sinnsstemninger og kroppstilstander enn jobben og hverdagen gjør. Og legg merke til hvordan du har det da.
5. Du er ikke alene. Ressursene til endring finns omkring deg, i kollegiet, blant støttelegene i fylket, hos fastlegen din og på Villa Sana.

Norsk gynekologisk forenings hederspris 2011

Norsk gynekologisk forenings hederspris 2011 ble tildelt Mathias Onsrud og Rolf Kirschner. Tildelingen fant sted i Legenes Hus 12. Desember 2011.

Vi gratulerer !!



Dokumentert lav residivfrekvens PÅ KONDYLOMER^{1,2}



C Aldara «Meda»
Immunstimulerende middel

ATC-nr.: D06B B10

T KREM 5%: 1 g inneh.: Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, stearylalkohol, hvit myk parafin, polysorbat 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylparahydroksibenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, renset vann. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflattisk basalcellekreft (sBCC) hos voksne. Klinisk karakteristisk, ikke-hyperkeratotisk, ikke-hypertrofisk aktinisk keratose (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller akseptibiliteten av kryoterapi og når andre lokale behandlingsalternativer er kontraindisert eller uaktuelle. **Dosering:** Påføringshyppigheten og behandlingsvarigheten er forskjellig for hver indikasjon. Pasienten bør vaske behandlingsområdet med mild såpe og vann og tørke seg godt før påføring av kremen. Kremen skal gnis inn i behandlingsområdet til kremen forsvinner. Kremen bør være på i ca. 8 timer. Unngå dusj og bading etter påføring. Kremen fjernes med mild såpe og vann. Påføring av for mye krem eller forlenget kontakt med huden, kan medføre uttalte lokale reaksjoner. En engangspose er nok til å dekke et område på 20 cm². Etter påføring bør den åpnet pose ikke brukes på nytt. Hendene må vaskes før og etter applikasjon. Ved glemt dose kan kremen påføres så snart pasienten husker det og så fortsette med den regelmessige planen. Ikke påfør krem mer enn 1 gang i døgnet. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** Bør appliseres 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag, eller tirsdag, torsdag og lørdag) for sengetid. Behandlingen bør fortsette til synlige genitale eller perianale kondylomer er forsvunnet, eller i maks. 16 uker ved hvert utbrudd. Median tid til tilheling hos menn og kvinner er hhv. 12 og 8 uker. **Overflattisk basalcellekreft hos voksne:** Påfør kremen i 6 uker, 5 ganger pr. uke (f.eks. mandag til fredag) for sengetid. Behandlingseffekten skal bedømmes 12 uker etter avsluttet behandling. Ved utfullstendig tilheling, bør en annen terapiform benyttes. Unngå påsmøring av innvendige områder. Menn uten omskjæring, som behandler vorter under forhuden, må trekke forhuden tilbake og vaske området daglig. **Aktinisk keratose hos voksne:** Behandlingen skal startes og følges opp av lege. Påføres for sengetid 3 ganger ukentlig (f.eks. mandag, onsdag og fredag) i 4 uker. Etter 4 uker uten behandling bør legen vurdere det behandlede området for å bestemme om AK er fjernet, ev. gjentas behandlingen i ytterligere 4 uker. Maks. enkeltdose er 1 pose. Maks. anbefalt behandlingstid er 8 uker. Ved intense lokale inflammatoriske reaksjoner eller infeksjon i behandlingsområdet, bør det vurderes å avbryte behandlingen. I sistnevnte tilfelle skal adekvate tiltak iverksettes. Hver behandlingsperiode skal ikke overstige 4 uker, inkl. ev. glemt dose eller hvileperioder. Dersom behandlede lesjon(er) viser utfullstendig respons ved oppfølgingen 4-8 uker etter 2. behandlingsperiode, skal alternativ behandling benyttes. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet mot imiquimod eller andre innholdsstoffer i kremen. **Forsiktighetsregler:** **Veneriske vorter:** Det er begrenset erfaring ved behandling av vorter under forhuden hos ikke-omskårne menn. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosis, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjæring. God forhudshygiene bør derfor anbefales. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. erosjon, sårdannelse, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet ved å trekke forhuden tilbake. Opptr disse symptomene skal behandlingen stoppes umiddelbart. Imiquimod er ikke blitt testet for behandling av interne genitale vorter og er ikke anbefalt til behandling av kondylomer i urethra, vagina, cervix eller rectum. Behandling skal ikke startes i områder med åpne sår. Skulle det oppstå en ikke-tolerert hudreaksjon, bør kremen vaskes av med mild såpe og vann. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har avtatt. Risikoen for utvikling av uttalte hudreaksjoner kan øke når det benyttes høyere doser enn de anbefalte. I sjeldne tilfeller er det observert uttalte lokale reaksjoner som har krevd behandling eller vært forbigående funksjonshemmende, hos pasienter som har benyttet den anbefalte dosering. Hos kvinner, hvor slike reaksjoner er oppstått ved urinrørsåpningen, har reaksjonen hos enkelte medført vanskeligheter med vannlating og i enkelte tilfeller har kateterisering vært nødvendig. Det foreligger ikke klinisk erfaring med bruk umiddelbart etter annen lokal farmakologisk behandling av kondylomer. Okklusiv behandling av kondylomer anbefales ikke. Bruk av imiquimod bør ikke skje før det har vært tilheling etter annen kirurgisk eller farmakologisk behandling. Kremen bør vaskes av før seksuell aktivitet. Kan svekke kondomer eller pessarer, samtidig bruk bør derfor unngås. Kan gi oppblussing av eller forverre inflammasjonstilstander i huden. Erfaringer hos pasienter over 65 år er begrenset. Hos immunsupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrensede data har vist en økt vortetilheling hos HIV-positiv pasienter, men ikke i samme grad som hos HIV-negative. **Basalcellekreft:** Imiquimod er ikke undersøkt ved behandling av basalcellekreft innenfor et område på 1 cm fra øyelokkene, nese, lepper eller hårstedet. Under behandlingen og til fullstendig tilheling, vil det behandlede hudområdet trolig fremstå tydelig forskjellig fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse avtar vanligvis i intensitet under behandlingen eller forsvinner når behandlingen er avsluttet. Det er en sammenheng mellom fullstendig tilheling og intensiteten av lokale hudreaksjoner (f.eks. erytem). Lokale hudreaksjoner kan være relatert til stimuleringen av den lokale immunresponsen. Dersom pasientens ubehag eller alvorlighetsgraden av den lokale hudreaksjonen er uttalt, kan en ta en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas når hudreaksjonen har avtatt. Hjelpemidlene cetylalkohol, stearylalkohol, metyl- og propylparahydroksibenzoat, kan gi allergiske reaksjoner. Skal benyttes med forsiktighet hos pasienter med reduserte hematologiske reserver. **Aktinisk keratose:** Lesjoner som er klinisk atypiske eller som gir mistanke om kreft, bør undersøkes med vevsprøve for å bestemme egnet behandling. Imiquimod er ikke evaluert for behandling av AK på øyelokkene, inne i neseborene eller ørene eller leppeområdet innenfor vermiliongrensen. Det finnes svært begrensede data vedrørende imiquimodbehandling av AK i andre anatomiske områder enn ansiktet og hodebunnen. Tilgjengelige data vedrørende imiquimodbehandling av AK på underarmene og hendene gir ikke grunnlag for anbefaling av slik bruk. Imiquimodbehandling anbefales ikke ved AK-lesjoner med markert hyperkeratose eller hypertrofi, slik en f.eks. ser ved kutanose horn. Under behandling og inntil tilheling vil påvirket hud trolig skille seg merkbart ut fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse reaksjonene avtar generelt i intensitet under behandlingen eller forsvinner etter at behandlingen er over. Intensiteten av de lokale hudreaksjonene (f.eks. erytem) er forbundet med tilhelingss hastigheten. Lokale hudreaksjoner kan ha sammenheng med stimulering av lokalimmunrespons. Hvis pasientens ubehag eller intensiteten av lokale hudreaksjoner krever det, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har moderert seg. Klinisk erfaring med bruk ved svekket immunsystem mangler. Data mangler vedrørende gjentatt behandling av AK som er fjernet etter 1-2 behandlingsperioder og deretter dukker opp igjen. Studier tyder på at full fjerning skjer langsommere ved >8 AK-lesjoner, enn ved <8 AK-lesjoner. Hudområdet som behandles må beskyttes mot sollys. **Interaksjoner:** Benyttes med forsiktighet ved samtidig immunosuppressiv behandling. **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Opplysninger mangler. Data fra et begrenset antall graviditeter foreligger, men

generelle konklusjoner kan ikke trekkes på dette grunnlaget. Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. *Overgang i morsmelk:* Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) av imiquimod er detektert i serum etter enkle eller multiple lokalt appliserte doser. Spesifikke anbefalinger vedrørende amming kan ikke gis. **Bivirkninger:** Vanlige bivirkninger er lokale reaksjoner som erytem, erosjon, avskalling og ødem. Indurasjon, sårdannelse, skorpedannelse og vesikler er mindre vanlige. Hudreaksjoner på nærliggende områder, hovedsakelig erytem, forekommer også. Lokale hudreaksjoner som erytem er sannsynligvis en konsekvens av den farmakologiske effekten av imiquimod. Det er viktig å informere pasienten om denne type forventede reaksjoner. Ved behandling av basalcellekreft er det en direkte sammenheng mellom intensitet av lokale reaksjoner og tumor tilheling. De fleste hudreaksjoner er milde til moderate i alvorlighetsgrad, og blir borte innen 2 uker etter avslutning av behandlingen. I sjeldne tilfeller har reaksjonene vært kraftige og nødvendiggjort behandling og/eller medført nedsatt funksjons- evne. I svært sjeldne tilfeller har uttalte reaksjoner i urinrørsåpningen medført dysuri hos kvinner. **Hyppige (>1/100):** Hud: Erytem, kløe, svie, smerte på applikasjonsstedet, infeksjon, pustula. **Mindre hyppige:** Øvrige: Hodepine, influensalignende symptomer. Lokal hypo- og hyperpigmentering etter bruk av imiquimod er rapportert. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. den minimale perkutane absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan resultere i alvorlige lokale hudreaksjoner. Etter utilsiktet oralt inntak kan det opptre symptomer som kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber etter en enkel dose på 200 mg imiquimod. Den alvorligste kliniske bivirkning rapportert etter oralt inntak av >200 mg imiquimod er hypotensjon. Blodtrykket kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjonens anbefalinger D06B B10. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Immunstimulerende middel. **Virkningsmekanisme:** Imiquimod modifiserer immunresponsen. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor for imiquimod på responderende immunceller. Imiquimod har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er imiquimod effektiv mot virusinfeksjoner og virker som et antitumorstoff prinsipielt ved å induisere alfainterferon og andre cytokiner. Dette er også vist i kliniske studier. Økning i systemiske nivåer av alfainterferon og andre cytokiner som følge av lokal påføring av imiquimod er påvist i en farmakokinetisk studie. **Absorpsjon:** <0,9 %. **Utskillelse:** Hurtig via urin ca. 66 % og feces ca. 33 %. **Pakninger og priser:** 12 x 0,25 g kr 719,70. **Sist endret:** 20.11.2007. **Refusjonsberettiget bruk:** Lokalbehandling av mindre overflattisk basalcellekreft (sBCC) hos voksne. Aktiniske keratoser: Flere enn 10 behandlingskrevende klinisk karakteristiske, ikke-hyperkeratotiske, ikke-hypertrofiske aktiniske keratoser (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller akseptibiliteten av kryoterapi. Ved immunsvikt: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata). Palliativ behandling i livets sluttfase. **Refusjonskode:**

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

Vilkår:

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

Referanse: 1 Schöfer H. et al. Eur J Dermatol. 2006;16(6):642-648. 2 Edwards L. et al. Arch Dermatol 1998; 134(1): 25-30.

- Synnøve Lian Johnsen
- Seksjonsoverlege v/Seksjon for Fostermedisin og ultralyd, Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus
- synnove.johnsen@helse-bergen.no

Ultralydscreening i svangerskapet

På slutten av 1970 tallet ble ultralydundersøkelser i svangerskapet tatt i bruk i Norge og fra midten av 1980-tallet har rutineultralyd rundt 18. svangerskapsuke vært et frivillig tilbud til alle gravide.

I 1986 ble det arrangert en konsensuskonferanse om ultralyd i svangerskapet og utfallet av denne var at alle gravide i Norge skulle få tilbud om ultralydundersøkelse ved ca. 18. svangerskapsuke. En ny konsensuskonferanse i 1995 fastslo at rutinemessig ultralydundersøkelse i svangerskapsuke 18 ikke har vist noen medisinsk nytteverdi, målt som økning i antall levende-fødte eller mindre sykkelighet hos barnet i forbindelse med fødselen. Men på bakgrunn av ønsker fra de gravide, konkluderte konferansen likevel

med at alle gravide rutinemessig bør få tilbud om en ultralydundersøkelse. Formålene med rutine undersøkelsen er fastsettelse av fosterets alder og forventet termin, avdekke flerlinger, bestemme morkakens plassering og å gjøre en orienterende undersøkelse av fosterets anatomi og utvikling.

I januar 2005 trådte den nye bioteknologiloven i kraft. I lovens kapittel om fosterdiagnostikk introduseres et skille mellom bruk av ultralyd i forbindelse med fosterdiagnostikk og ultralydundersøkelser som ledd i den alminnelige svangerskapsomsorgen. I retningslinjene defineres ultralydundersøkelser i den alminnelige svangerskapsomsorgen å omfatte rutineundersøkelser i uke 17-19 og ultralydundersøkelser på medisinske indikasjoner². ”- Ultralydundersøkelser ut over dette har kvinner mulighet for både før og etter ordinær svangerskapsundersøkelse, men en slik undersøkelse vil ikke være medisinskfaglig begrunnet og derfor ikke refusjonsberettiget.”

Loven har følgende definisjon av fosterdiagnostikk (jf § 4-1):

”Med fosterdiagnostikk forstås i denne lov undersøkelse av føtale celler, foster

eller en gravid kvinne med det formål å få informasjon om fosterets genetiske egenskaper eller for å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret”. Ultralydundersøkelser i fosterdiagnostisk øyemed kan bare utføres når det foreligger indikasjon for fosterdiagnostikk og skal bare utføres ved virksomheter som er godkjent for dette formålet.

En rapport fra Kunnskapssenteret i 2008 om bruk av rutinemessig bruk av ultralyd i svangerskapet konkluderer slik: ”Basert på forskningslitteraturen, finner vi ingen tilleggseffekt av å innføre rutinemessig ultralydundersøkelse i første trimester (uke 11-13) eller i tredje trimester (uke 32-34). Dersom man vurderer å undersøke for å finne fostre med økt risiko for kromosomfeil, er undersøkelse i første trimester, kombinert med blodprøve, mest hensiktsmessig”³.

I februar 2011 kom Kunnskapssenteret med et notat om tidlig ultralyd i svangerskapet for påvisning av hjertefeil⁴. Her konkluderes med at ultralyd i første trimester med måling av nakkeoppløring skiller dårlig mellom friske fostre og fostre med hjertefeil. Dette notatet ble kritisert av det fostermedisinske



Synnøve Lian Johnsen

miljøet for bl.a. at problemstillingen isolert sett er lite klinisk relevant og at ikke fagfolk hadde sittet i arbeidsgruppen.

I 2009 startet arbeidet med evaluering av bioteknologiloven og i februar 2011 utkom en rapport som vurderer status og utvikling i forhold til bl.a. fosterdiagnostikk⁵. I rapporten problematiseres geografiske forskjeller i tilbud og praksis, uklare indikasjoner (angst/uro), varierende tilbud om genetisk veiledning, fosterdiagnostisk ultralyd utenfor godkjent virksomhet og etiske utfordringer knyttet til alderskriteriet. Alternative framtidige modeller skisseres.

I april 2011 skulle saken opp til behandling i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Rådet vurderte da at det var behov for ytterligere informasjon og ba Kunnskapssenteret om å besvare spørsmål om helseeffekter, diagnostisk nøyaktighet og økonomiske konsekvenser av å innføre et tilbud om ultralyd i svangerskapsuke 11 – 13 til alle.

Kunnskapssenterets nye rapport om tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen var klar i november 2011⁽⁶⁾. Arbeidsgruppen bak denne rapporten besto av både et fagpanel og ressurser fra Kunnskapssenteret.

Hovedkonklusjonene var:

- Tidlig ultralyd gir bedre diagnostikk av tvillinger (korionisitet), men uavklart om helsegevinst ved dette.
- Tidlig ultralyd kan føre til at det oppdages flere fostre og fødes færre barn med trisomi 21.
- Ingen holdepunkter for at ultralyd-undersøkelsen har en direkte skadelig effekt for mor, foster eller barn.
- Tidlig ultralyd kan gi flere kvinner som er fornøyde med svangerskapsomsorgen.
- Ingen forskningsbasert dokumentasjon for en helsemessig gevinst av tidlig ultralyd utover dette.
- Økonomiske analyser antyder en fordobling av driftskostnadene ved tilbud om kombinert tidlig ultralyd med blodprøve (KUB) og ultralyd i uke 17-19 til alle i forhold til ultralyd i uke 17-19 alene (fra NOK 43 mill til NOK 86 mill).

De reelle driftskostnadene til ultralyd og fosterdiagnostikk i dagens Norge er imidlertid høyere (NOK 104 mill), slik at det er vanskelig å beregne den endelige effekten av et utvidet tilbud. I tillegg til driftskostnader vil det være investeringskostnader og utgifter til opplæring, personell og veiledning av de gravide.

På bakgrunn av dette ble det holdt nytt møte i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering 5. desember 2011, og rådet gikk med 11 mot 8 stemmer inn for at:

- Rutinemessig ultralyd bør tilbys i uke 11-13 og 17-19 for å
- sikre tidligst mulig ivaretagelse av formålet for ultralyd i svangerskapet
- sikre faglig kvalitet av undersøkelsen
- Før innføring bør økonomiske og prioriteringsmessige konsekvenser utredes nærmere gjennom egnet pilotering.
- Bioteknologinemnda hadde saken oppe få dager senere og gikk enstemmig imot forslaget om at gravide rutinemessig skal tilbys tidlig ultralyd. Men samtidig gikk 10 mot 7 stemmer i nemda inn for at det skal bli tillatt med tidlig ultralyd og blodprøve (KUB) for alle som ønsker det, men at det skal kreves egenandel fra kvinnene.

Debatten rundt innføring av tidlig ultralyd til alle gravide i Norge har mange ulike aspekter; medisinske, økonomiske, etiske, prioriteringsmessige og forhold knyttet til kvalitetssikring. Fra fostermedisinsk hold kan man se noen fordeler med tidlig ultralyd som bl.a. bedre diagnostisering av korionisitet hos flerlinger, tidlig avdekking av alvorlige avvik og mer presis bestemmelse av svangerskapslengde. Men dette er forhold som ikke nødvendigvis kan dokumenteres å gi helsegevinst basert på tradisjonell forskningsbasert dokumentasjon som foreligger i dag. Det er også et spørsmål om en klinisk helsegevinst hos mindre grupper blant gravide kan forsvare innføring av en screeningundersøkelse for hele den gravide populasjon, spesielt med tanke på hvilke personalressurser dette vil kreve og den økning av ekstra oppfølgingsundersøkelser og invasive inngrep som en slik

BIOTEKNOLOGINEMDA

Bioteknologinemnda er et frittstående, rådgivende organ som er oppnevnt av Regjeringen og hjemlet i lov om framstilling og bruk av genmodifiserte organismer (Genteknologiloven) og i lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (Bioteknologiloven). Bioteknologinemnda er en høringsinstans for norske myndigheter i forbindelse med saker som vedrører moderne bioteknologi.

Bioteknologinemnda skal bidra med informasjon til publikum og forvaltningen, og fremme debatt omkring de etiske og samfunnsmessige konsekvensene ved bruk av moderne bioteknologi.

KUNNSKAPSSENTERET

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

NASJONALT RÅD FOR KVALITET OG PRIORITERING I HELSE OG OMSORGSTJENESTEN

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten har som formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådet skal bidra til felles situasjons- og problemforståelse hos aktørene i helse- og omsorgstjenesten slik at de ulike institusjoners tiltak og prosesser blir godt koordinert. Rådet skal medvirke til dialog mellom myndigheter, tjenesteytende virksomheter, brukerorganisasjoner og faglige organisasjoner/fagforeninger.

BIOREFERANSEGRUPPEN

Bioreferansegruppen gir Helsedirektoratet råd i saker relatert til humanmedisinsk bruk av bioteknologi og genteknologi som er regulert i bioteknologiloven, og deler av genteknologiloven m.v. Bioreferansegruppen skal bidra til at Helsedirektoratets vurderinger er faglig godt forankret.

masseundersøkelse vil avstedkomme. Hovedinnvendinger mot dagens ordning er et urettferdig og ulogisk alderskriterium, uklare retningslinjer knyttet til indikasjon angst/uro, geografiske forskjeller knyttet til tilgjengelighet, samt varierende innhold og kvalitet i tidlig ultralydundersøkelser utført utenfor godkjente virksomheter. Både Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering og Bioteknologinemda går inn for at tidlig ultralyd skal være tillatt, men for å signalisere at samfunnet ikke legger opp til et sorteringssamfunn ønsker Bioteknologinemda i motsetning til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering at tidlig ultralyd med blodprøve ikke skal være et tilbud til alle, men en mulighet for dem som ber om det og at det kreves egenandel fra kvinnene. Dette kan være en klok og fornuftig tilnærming som sikrer

tilgjengelighet for alle som ønsker en slik undersøkelse uten at det oppleves som et press på de gravide, og ved at kostnadene for det offentlige da holdes på et lavere nivå. Etter det åpne høringsmøtet som Helseministeren inviterte til 16. januar 2012, gjenstår nå den politiske prosess, og partiene er tydelig delte i sin holdning til dette spørsmålet. Verdinormer, prioritering og rettferdighet vil være avgjørende for beslutningen. For fagmiljøene er framtidens utfordringer ved en eventuell innføring av tidlig ultralyd med blodprøve for alle som ønsker det, først og fremst knyttet til manglende personalressurser og sikring av god kvalitet i alle ledd; veiledning, opplæring, laboratoriefunksjon, dataoverføring, programvaresikkerhet og oppfølging av uklare funn. Bevilgning av nye ressurser og tilstrekkelig tid til forberedelser er

derfor en forutsetning for etablering av et bredere tilbud om tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen.

1. Lov 2003 12-05-100. Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi mm (bioteknologiloven). www.lovdata.no
2. Sosial og Helsedirektoratet: Sosial- og helsedirektoratets forslag til veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet. <http://www.shdir.no/>.
3. Rutinemessig ultralydundersøkelse i svangerskapet, 2008, nr 11. Kunnskapssenteret
4. Tidlig ultralyd for påvisning av hjertefeil. Notat 2011. Kunnskapssenteret.
5. Evaluering av bioteknologiloven- Status og utvikling på fagområdene som reguleres av loven, Helsedirektoratet 2011.
6. Tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen, 2012 hurtigoversikt, januar, Kunnskapssenteret

Ubehagelig lukt? Utflod?

Ønsker du enkelt å gjøre noe med det?

Ecovag® Balance vaginalkapsler inneholder humane melkesyrebakterier som effektivt behandler akutte plager og samtidig forebygger tilbakefall.

Les mer på www.vitaflo.no



kun 1 kapsel/døgn

Ecovag Balance® fås i alle apotek og i Vitaflors nettbutikk, www.vitaflo.no


VITAFLO
Part of the Navamedic Group



Åpent møte om tidlig ultralyd

Arrangert av Helse – og omsorgsdepartementet, Oslo, 16. januar 2012

Helse- og omsorgsdepartementet inviterte til åpent møte om bruk av tidlig ultralyd i svangerskapet (11+0 – 13+6 uker). Det var satt av tre timer til et tettpakket program med korte faglige foredrag, innlegg fra de politiske partiene og fra pasienter/brukere med egne erfaringer samt mange korte innlegg fra salen.

Den siste rapporten fra Kunnskapssenteret om mulig helsegevinster ved bruk av tidlig ultralyd ble lagt frem av professor Annetine Staff og post doc Anne Kaasen (Universitetet i Oslo). I rapporten konkluderes med at det ikke forelå noen sikre helsegevinster ved bruk av tidlig ultralyd og at det sannsynlig vil bli født færre barn med Down syndrom. Tidlig ultralyd har høy sensitivitet for å finne monochoriotisk placenta ved tvillingsvangerskap. Betydningen av dette er ikke avklart. Ved en innføring av et generelt tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide vil dagens kapasitet ikke vær tilstrekkelig. Kostnadene til selve undersøkelsen ble anslått til å være tilsvarende som for rutineultralyd i uke 18. Samlet sett antok man det ville bli mindre ultralydundersøkelser på andre tidspunkt i svangerskapet som vil kunne gi en økonomisk besparelse.

Direktør Geir Stene-Larsen ved Folkehelseinstituttet la fram rapporten fra Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering som i sitt møte i desember 2011 gikk inn for et generelt tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide. Et flertall i rådet (11 av 19 tilstedeværende medlemmer) konkluderte med at et generelt tilbud ville gi et likt tilbud ut fra geografi og økonomi, ville sikre kvaliteten ved undersøkelsen og at kostnadene totalt sett ikke ville øke.

Undersøkelsen ville føre til at en del svangerskapsavbrudd kunne utføres på et tidligere tidspunkt enn ved dagens praksis. Rådet gikk inn for at det skulle lages en pilotundersøkelse før innføring av et tilbud.

Direktør Sissel Røgne i Bioteknologinemnda la frem nemndas vurdering. Nemnda går inn for et tilbud med KUB (kombinert ultralyd og blodprøve) for alle som ønsker dette. Nemnda ville fjerne dagens aldersgrense samt innføre en egenandel. Dette vil gi et signal om at dette er et tilbud, men ingen screening. Et mindretall i nemnda gikk inn for tilbud om KUB kun ved medisinske indikasjoner (høy risiko). Man gikk videre inn for skriftlig informasjon og skriftlig samtykke for å få utført undersøkelsen.

Lege Marit Hermansen (leder i Norsk forening for allmenntmedisin) poengterte trygghet og likhetsprinsippet, og fremhevet folks evne til å ha tro på egen helse. Trond Markestad (Universitetet i Bergen og leder av Rådet for legeetikk, Legeforeningen) og Berge Solberg (NTNU) - professorer i henholdsvis pediatri og etikk - poengterte mulige alternativer for innføring av tidlig ultralyd fra et fritt tilbud om KUB til alle til en restriktiv holdning. Dette er tidligere publisert av Helsedirektoratet i Rapprten IS-1897: Evaluering av bioteknologiloven.

Lege Sigrid Fuglem Berg la frem sine egne erfaringer med et svangerskap hvor fosteret fikk påvist alvorlig kromosomavvik. Andre «brukere» og pårørende la også frem sine erfaringer med innlegg fra Fødsel i Fokus og Nettverk for Downs syndrom. Det ble åpnet for korte innlegg fra tilhørerne. Generelt syntes det i de aktuelle innleggene å være en skeptisk holdning til bruk av tidlig ultralyd.

Alle politiske partier på Stortinget var representert og fremla sine synspunkt. Laila Dāvøy (KrF) fremla et restriktivt syn på bruk av tidlig ultralyd. Høyre (Sonja Sjølie), Venstre (Borghild Tenden) og Senterpartiet (Kjersti Toppe) ville i store trekk opprettholde dagens praksis. SV (Geir-Ketil Hansen) har foreløpig ikke ferdigbehandlet saken. Kari Kjønaas Kjos (FrP) og Are Helseth (Ap) gikk begge inn for et tilbud til alle gravide.

Helse- og omsorgsminister Grete Strøm-Eriksen avrundet møtet. Hun understreket at valget om eventuelt å avbryte svangerskapet aldri var enkelt. Problemstillingene omkring tilgjengelighet og skjevfordeling (by/land), alderskriteriet og et voksende gap mellom kunnskap og økonomiske muligheter ble poengtert.

- Ingvild Vistad, PhD
- overlege, Sørlandet sykehus Kristiansand
- ingvild.vistad@sshf.no

Nasjonal kartlegging av første tilbakefall etter primærbehandling for gynekologisk kreft

- **Hvor mange norske kvinner får tilbakefall av gynekologisk kreft i løpet av et år?**
- **Hvilke symptomer på tilbakefall er vanligst for de ulike krefttypene?**
- **Hvem oppdager tilbakefallet – kvinnen selv eller legen på poliklinikken?**

Ingen kan svare på disse spørsmålene. Det er ca 1500 nye tilfeller av gynekologisk kreft i Norge årlig. Tilbakefall opptrer først og fremst i mer avanserte stadier og vanligvis i løpet av 2-3 år etter avsluttet behandling. Noen retrospektive studier antyder at de fleste tilbakefallene er symptomatiske og oppdages av kvinnen selv mellom kontrollene. Det finnes imidlertid ingen prospektive studier som kan bekrefte dette, og det er ikke mulig å hente disse opplysningene fra Kreftregisteret. Vi ønsker nå å kartlegge forekomsten av tilbakefall etter primærbehandling i løpet av to år (01.02.2012 – 31.01.14) i Norge.

Vi ønsker informasjon om:

- Hvilke symptomer kvinnen eventuelt har ved tilbakefall
- Hvem som oppdaget tilbakefallet
- Hvor lang tid som har gått siden første gangs behandling ble avsluttet
- Antall kontroller, kontrollhyppighet og hvor kontrollen ble foretatt
- Hvilke prøver og undersøkelser som er gjort for å bekrefte tilbakefallet
- Hvilken behandling som er planlagt

Følgende kvinner skal inkluderes:

- Alle pasienter med sitt første tilbakefall etter primærbehandling for alle typer gynekologisk kreft.
- Kun kvinner som ble behandlet kurativt (ikke tegn til sykdom) etter primærbehandling skal inkluderes.

Det tar 10 -15 minutter

Dette er en kartleggingsundersøkelse og spørsmålene som skal besvares er i stor grad spørsmål som likevel stilles ved et tilbakefall. Det er derfor ikke tidkrevende --- men gir verdifull informasjon.

Godkjenning

Undersøkelsen er godkjent av Regional Etisk Komité (2011/2294/REK).

Alle gynekologiske avdelinger som kontrollerer kreftpasienter deltar

Vi er avhengig av et godt samarbeid med alle avdelinger slik at vi fanger opp de som har sitt første tilbakefall. De fleste kvinner med tilbakefall av gynekologisk kreft blir henvist til et Universitetssykehus. Det er imidlertid noen unntak (allmenntilstand, alder, lokale resurser). For å fange opp alle tilbakefall ønsker vi derfor informasjon om alle pasienter, også de som henvises videre.

Kvinnene skal bli informert om undersøkelsen som går ut på å få informasjon knyttet til tilbakefallet. Undersøkende lege/ kreftsyepleier skal fylle ut skjemaet (ikke pasienten selv). Undersøkelsen har ingen betydning for videre utredning eller behandling, og det er helt frivillig å svare på spørsmålene. Spørreskjema skal sendes til: Ingvild Vistad, Forskningsenheten, Sørlandet Sykehus Kristiansand, Postboks 416, 4604 Kristiansand.

Undersøkelsen er støttet av Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO).

Ansvarlige for undersøkelsen er

- Ingvild Vistad, Overlege PhD, Sørlandet sykehus
- Trine Stokstad, Overlege, St.Olavs Hospital
- Astrid Liavaag, Overlege PhD, Sørlandet sykehus
- Anne Dørum, Overlege Dr med, Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet Helga Salvesen, Professor Dr med, Haukeland Universitetssykehus

Spørsmål kan rettes til: Ingvild Vistad, overlege Sørlandet sykehus Kristiansand 38 07 40 50 (ingvild.vistad@sshf.no)

Hiprex

(metenaminhippurat)



Profylakse med Hiprex®

- gir signifikant redusert forekomst av postoperativ bakteriuri og urinveisinfeksjon¹

- Hiprex® 1g 2 ganger daglig i fem dager som profylakse ved større gynekologiske inngrep, som gynekologisk laparotomi, vaginaloperasjon eller retropubisk inkontinensoperasjon¹

Langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner²

- 70-80 % reduksjon av residivfrekvens er vist i kliniske studier hvor Hiprex® er gitt til kvinner med residiverende urinveisinfeksjon^{3,4,5,6,7}

c Hiprex "Meda"

Urinveisantiseptikum.

T DOSEPULVER 1 g: Hver pose inneh.: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Sitronsmak. **TABLETTER 1 g:** Hver tablett inneh.: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Med delestrek. **Indikasjoner:** Langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner etter initialbehandling med kjemoterapeutika eller antibiotika. Profylaktisk ved kort-/langtids kateterdrenasje og ved transuretrale operasjoner. Bør overveies også ved enkelt-kateteriseringer, cystoskopier og ved urodynamiske målinger i urinveiene. **Dosering: Voksne:** 1 tablett/doseringspose 2 ganger daglig. Fortrinnsvis etter morgen- og kveldsurinering. **Barn: 6-12 år:** ½ tablett 2 ganger daglig. Tabletten kan knuses og gis sammen med f.eks. syltetøy. Innholdet i 1 doseringspose røres ut i ¼-½ glass vann. **Kontraindikasjoner:** Alvorlig lever og nyreinsuffisiens, alvorlig dehydrering og metabolsk acidose, samtidig sulfonamidterapi (pga. fare for krystalluri). **Interaksjoner:** Se Kontraindikasjoner. Alkaliske stoffer hemmer metenaminets virkning. Samtidig bruk med acetazolamid bør unngås da effekten av metenamin vil reduseres. Laboratorieverdier: Avhengig av analysemetoden kan metenamin interferere med bestemmelse av steroider og katekolaminer i urinen og derved gi feilaktig resultat. (I: J01X X05 metenamin) **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Risiko ved bruk under graviditet vurderes som liten. **Overgang i morsmelk:** Går over, men risiko for å påvirke barnet er liten. Preparatet kan derfor brukes under amning. **Bivirkninger: Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Brekninger, irritasjon av mavesekk, kvalme, urolig mave. Hud: Utslett. Urogenitale: Irritasjon av urinblære. **Sjeldne (<1/1000):** Urogenitale: Hematuri. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger J01X X05. **Virkningsmekanisme:** Utskilles i nyrene og spaltes til metenamin og hippursyre. Metenamin hydrolyseres i sur urin og danner formaldehyd som virker baktericid gjennom å reagere med funksjonelle grupper i bakterienes enzymer, som derved blir denaturert og uten funksjon. En sur pH i urinen opprettholdes i de fleste tilfeller med hippursyren som i seg selv har bakteriostatisk effekt. Hos pasienter med kronisk bakteriuri, som pasienter med kontinuerlig kateterdrenasje og hvor bakteriuri skyldes Proteus og Pseudomonas, bør pH i blæreurin følges. Proteus og Pseudomonas spalter urinbestanddelene til basiske stoffer. Det kan derfor være aktuelt å tilføre surgjørende substanser. **Absorpsjon:** Hurtig. Formaldehyd kan påvises i urinen 30 minutter etter administrering. **Halveringstid:** 8 timer. **Utskillelse:** Ca. 85% skilles ut i urinen i løpet av 24 timer. 32 timer etter siste dose er alt utskilt. **Pakninger og priser: Dosepulver:** 100 stk. kr 335,00. **Tabletter:** 20 stk. kr 72,50. 100 stk. kr 185,10. **T:** 19b) 2, 38a) 2. **Refusjon: I hht. refusjonslisten: J01X X05 Metenamin Refusjonsberettiget bruk:** Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdrenasje. Infeksjonsprofylakse urinveier ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets slutfase. **Refusjonskode: ICPC -90, Palliativ behandling i livets slutfase. A89, Urinveiskateter problemer, vilkår nr.: 68. B99, Immunsvikt INA, vilkår nr.: 31. ICD-90, Palliativ behandling i livets slutfase- Vilkår nr.31: D80 Immunsvikt med overveiende antistoffmangel, D81 Kombinert immunsvikt, D82 Immunsvikt forbundet med andre større defekter, D83 Vanlig variabel immunsvikt, D84 Annen immunsvikt. Vilkår.nr 68,141: N10 Akutt tubulo-interstitiell nefritt. **ICPC** vilkår nr. 68,141: U70 Nyrebekkenbetennelse, U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA, U72 Uretritt, **ICD** vilkår nr. 68,141: N11 Kronisk tubulointerstitiell nefritt, N12 Tubulointerstitiell nefritt, ikke spes. som ak. eller kr., N15 Andre tubulointerstitielle nyresykdommer, N30 Cystitt, N34 Uretritt og uretrasyndrom, N39.0 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon. Vilkår: 31: Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på blå resept. 68: Når et legemiddel ikke lenger er virksomt, må det foretas bakteriologisk undersøkelse med resistensbestemmelse før man skifter til et annet middel som kan godtgjøres. 141: Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: 1. Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyrer/urinveier. 2. Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyrer/urinveier. 3. Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyrer/urinveier. Sist endret: 05.11.2010.**

Referanser: 1. Schiøtz H.A. and Guttu K. Value of urinary prophylaxis with methenamine in gynecologic surgery. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 743-746. 2. www.felleskatalogen.no, november 2009. 3. Bergan T, Sander S. Urinveisantiseptika. Tidsskr Nor Lægeforen 1975; 95: 383-4. 4. Pedersen S. Long-term prophylaxis with methenamine hippurate in girls with recurrent urinary tract infections. Acta Pediatr. Scand 1978; 67: 597-9. 5. Nilsson S. Long-term treatment with methenamine hippurate in recurrent urinary tract infection. Acta Med Scand 1975; 198:81-5. 6. Høivik H.O. og medarbeidere. Profylakse ved residiverende cystitt hos fertile kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 1150-52. 7. Gundersen R. et al. Hyppig forekommende cystitter hos eldre kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 2048-2049.

MEDA

Meda AS • Postboks 194 • N-1371 Asker • Tlf: 66 75 33 00 • Faks: 66 75 33 33 • www.meda.no

- Usha Hartgill
- Overlege, Olafiaklinikken,
- ushhar@ous-hf.no

Bakteriell vaginose og candida infeksjon

Bakteriell vaginose (BV) er den vanligste årsaken av unormal utflod hos kvinner i fertil alder. BV er karakterisert med en overvekst av hovedsakelig anerob bakterier (Gardnerella vaginalis, Prevotella species, Mycoplasma hominis, Bacteroides species, Mobiluncus species) i skjeden som fører til erstatning av laktobasiller og økning i pH fra under 4,5 til så høyt som 7,0. Prevalensen varierer fra 10-50 % avhengig av populasjonen som undersøkes.

Bakteriell vaginose

Etiologi

Mens BV ikke ansees som en seksuelt overført infeksjon (SOI), er likevel prevalensen generelt høyere hos seksuelt aktive kvinner enn hos ikke-seksuelt aktive kvinner (1). Det finnes også en sammenheng mellom BV og multiple eller nye seksuelle partnere. Andre risikofaktorer for BV er yngre alder, vaginal skylling, røyking, afrikansk eller karibeansk opprinnelse og bruk av IUD. BV har også høyere forekomst hos kvinner som har sex med kvinner hvor det er funnet høy konkordans av flora mellom partnere. I denne settingen er nok seksuell transmisjon viktig.

Kliniske implikasjoner

Utfloden kan være veldig plagsom. Forekomsten av BV er høyere hos kvinner med pelvic inflammatory disease (PID). BV er vanlig hos noen populasjoner av kvinner som gjennomgår elektiv abort og er assosiert med post-abort endometritt og PID (2) Det anbefales også at BV både asymptomatisk og symptomatisk behandles i forkant av hysterectomy for å unngå cuff infeksjon postoperativt. Under svangerskap er BV assosiert med sen spontanabort,

prematur fødsel, prematur vann avgang, og postpartum endometritt. BV er også en risiko faktor for akquisisjon av HIV og andre seksuelt overførbare infeksjoner.

Klinikk

Symptomer

Illeluktende (fiskeaktig) vaginal utflod
Oftest uten sårhet, kløe eller irritasjon
Ca. 50 % av kvinner er asymptomatiske

Funn

Tyntflytende hvit eller gråaktig homogen utflod i vagina og vestibyle.

Diagnostikk

- Amsel kriterier (3) er mest praktisk i forhold til kontordiagnostikk. Minst tre av fire kriterier må være til stede for diagnosen å kunne stilles.
 1. Tynn, hvit homogen utflod
 2. Clue cells i mikroskopi av vått preparat av utfloden
 3. pH av vaginal utflod > 4,5
 4. Frigjøring av fiskelukt (aminer) ved blanding av en dråpe 10 % KOH med utfloden på
 5. et preparat glass/på spekulum

Isolasjon av Gardnerella vaginalis er ikke diagnostisk av BV ettersom det kan dyrkes fra vagina hos over 50 % av normale kvinner. Dyrkning har ingen plass i diagnostikk av BV.

Behandling

Behandling er indisert for kvinner med symptomatisk infeksjon og for å unngå postoperativ infeksjon hos kvinner med asymptomatisk infeksjon i forkant av svangerskapsavbrudd eller hysterectomy.

Anbefalte regimer

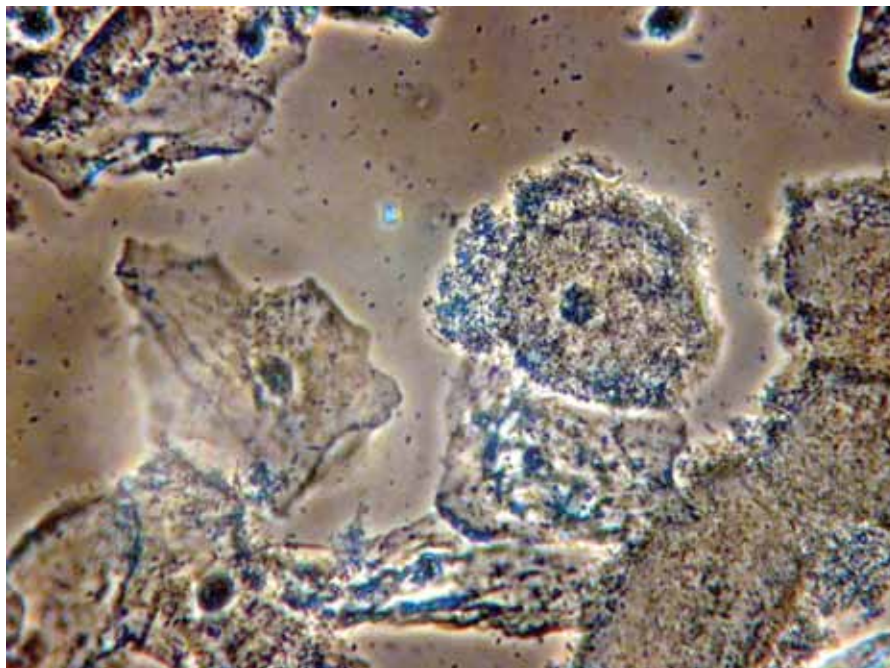
Metronidazole (Flagyl) er den mest effektive behandlingen. 400-500 mg ganger to daglig i 5-7 dager er en av de mest anbefalt. Metronidazole 2 g som engangs dose har lavere effekt og anbefales ikke. Metronidazole intravaginal gel 0,75 % daglig i 5 dager har også god effekt.

Clindamycin (Dalacin) intravaginal krem (2 %) daglig i 7 dager har også dokumentert effekt. Alternativt kan clindamycin (Dalacin) vagitorer (100 mg) hver kveld i 3 dager eller clindamycin 300 mg ganger to daglig i 7 dager også brukes.

De fleste av disse regimene har vist 70-80 %



Typisk hvit, klebrig, homogen utflod



Clue cells på vått preparat. Anerobe bakterier lager en biofilm på epitelcellene. Foto i fasekontrast mikroskopi.

helbredelse etter 4 uker i kontrollerte studier med bruk av placebo. Intravaginal metronidazole gel og clindamycin krem har sammenlignbar effekt.

Resultater av kliniske forsøk om screening og behandling av BV under svangerskap har vært motstridende. Alle symptomatiske gravide skal behandles. Rutine screening og behandling av gravide med asymptomatisk BV for å forhindre prematur fødsel anbefales ikke.

Behandling an seksuelle partnere

Det finnes ingen sterk evidens at behandling av mannlige partnere har effekt på kvinnens respons til behandling eller residiv. Rutine testing og behandling av mannlige partnere er ikke indisert (4).

Det finnes ingen studier som viser verdien av behandlingen av kvinnelige partnere samtidig.

Residiverende bakteriell vaginose

Circa 30 % av kvinner som responderer til behandlingen får et residiv av plagene innen tre måneder og mer enn 50 % innen 12 måneder.

Mange artikler om emnen definerer residiverende BV som tre eller flere dokumenterte (enten ved Amsel's kriterier

eller mikroskopisk) episoder BV i løpet av 12 måneder.

I et multisenter prospektiv studie hvor det ble brukt 0,75 % metronidazole gel i 7 dager etterfulgt med vedlikeholds behandling to ganger ukentlig i fire til sex måneder, residiverte BV hos 25,5 % av kvinner på behandling og 59,1 % av kvinner som fikk placebo (5). Sopp infeksjon var et hyppig problem.

Kvinner med residiverende BV kan ha fordel av å slutte med vaginal skylling, å slutte med bruk av dusjkrem og antiseptiske midler eller badeskum i badekaret.

Noen artikler har observert færre residiv når den mannlige partneren bruker kondom eller når kvinnen er abstinent.

Bruk av syrgjørende midler

I en randomisert kontrollert studie (RCT) av 42 kvinner med residiverende BV, brukte 17 kvinner lactate gel i 3 dager umiddelbart etter menstruasjon i 6 måneder, de andre brukte placebo. Under behandling var 88 % av de på aktiv behandling symptomfri sammenlignet med 10 % på placebo (6). Lactal® som inneholder melkesyre finnes reseptfritt på norske apoteker som både gel og kapsler.

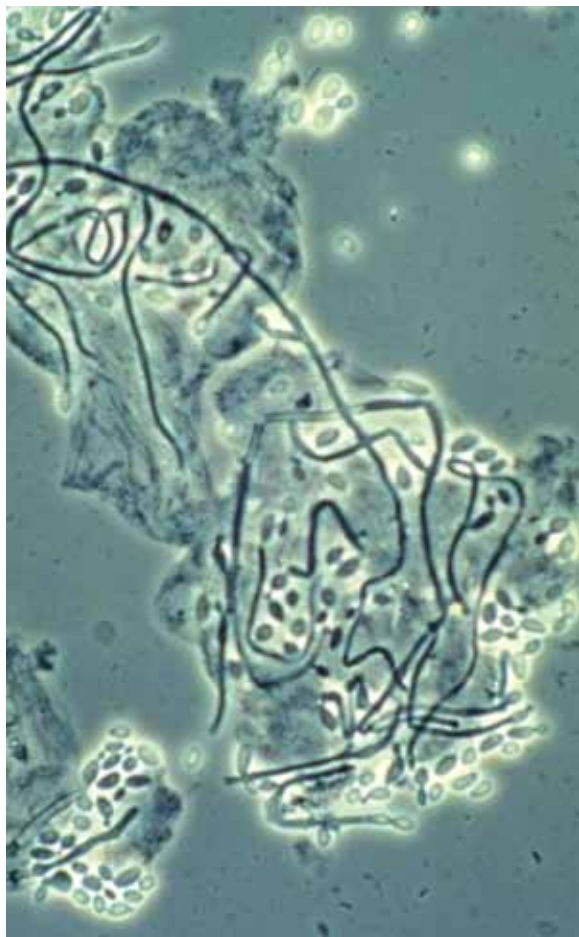
Behandling med probiotika

På norske apoteker finnes det to forskjellige preparater. Vivag® inneholder lactobacillus acidophilus, som ikke har human opprinnelse og Ecovag® som inneholder lactobacillus gasseri og rhamnosus. de to sistnevnte er humane lactobaciller.

Det finnes lite data om virkningen og få RCT om bruk av probiotika. En dobbel blind RCT som brukte L. acidophilus vagitorer viste at flere ble kvitt sin BV sammenlignet med placebo men effekten var kortvarig (7). En annen RCT viste lovende effekt av oral kapsler med L rhamnosus GR-1 og L fermentum RC-14 (8) men det er usikkert hvor lenge vaginale kolonisasjon med disse bakteriene kan vare.

Thulkar og kolleger (9) fant at bruk av 0,75 % metronidazole gel i kombinasjon med probiotica (Ecoflora; Tablets India Ltd, Chennai, India) var assosiert med 100 % helbredelse etter 4 uker, 75 % etter 8 uker, og 62,5 % etter 12 weeks etter behandling (vs 75 %, 50 %, and 37,5 %, respektivt med bruk av gel alene).

Residiverende BV kan være svært plagsomt for mange kvinner og det finnes ingen fasit på hvordan det skal behandles. Det er sannsynlig at kombinasjonsbehandling med både antibiotika enten oral eller vaginal og acidifiserende midler pluss laktobasiller over lengre tid er mest effektivt.



Hyfæ og sporer av candida albicans på vått preparat i fasekontrast.

Vaginal candida infeksjon

Vulvovaginal candida infeksjon er den neste mest vanlige vaginale infeksjonen. Før de har fylt 25 år har halvparten av kvinnelige studenter opplevd minst en episode lege diagnostisert vaginal candida infeksjon (10). 10-20 % av kvinner i fertil alder kan være kolonisert med candida sp. uten plager. De behøver ingen behandling. Vulvo-vaginal candida er oftest ukomplisert og responderer på vanlig antimycotisk behandling i 80 % av tilfeller. Candida albicans er årsaken i 80-92 % av tilfellene. Av de non-albicans species er C. glabrata det vanligste.

Endret utflod og kløe kan ofte mistolkes som sopp infeksjon. I en studie av kvinner som selv-diagnostiserte vulvovaginal sopp infeksjon (11), ble ikke sopp funnet som årsaken i over halvparten.

Det er viktig klinisk å bekrefte candida infeksjon enten med mikroskopi av utfloden (sensitiviteten øker med bruk av 10 % kalilut) eller dyrkning.

Residiverende vulvovaginal candida infeksjon

Også med residiverende sopp infeksjon (fire eller flere bekreftet candida infeksjoner under en 12 måneders periode) skyldes infeksjonen oftest C. albicans som er azole-sensitiv.

Flere studier har vist signifikant høyere risiko for vulvovaginal candida infeksjon hos kvinner som bruker p-pill. Det kan vurderes om kvinnen kan forsøke å bytte prevensjons middel hvis residiverende infeksjon er et problem. De fleste studiene har ikke kunnet finne noe sammenheng med kosthold. De fleste eksperter anbefaler ikke rutine undersøkelse og behandling av seksuelle partnere.

Residiverende sopp krever ofte induksjons behandling etterfulgt med vedlikeholds behandling med anti-sopp middel i flere måneder. Donders sin gruppe (12) viste at en individualisert, nedtrappende, profylaktisk vedlikeholds regime med oral fluconazole fungerte bra i en gruppe 136 kvinner med residiverende sopp. De fikk en behandlings regime som varte i 6 måneder.

Non-albicans eller azole-resistent sopp

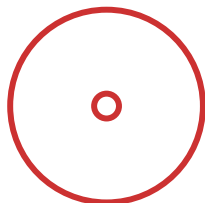
C. glabrata er også ofte følsom til azole-terapi men kan ha noe høyere minimum inhibitory concentration (MIC) til azole midler.

I disse tilfellene, kan nystatin, borsyre eller flucytosin brukes. Nystatin og flucytosin er ikke tilgjengelig som vagitorer i Norge men borsyre vagitorer kan lages på apoteket etter resept. Da forskrives det 600 mg hver natt i 7 netter og så 2 ganger i uke i 6 måneder som vedlikeholds behandling (13).

Litteratur

1. Yen S, Shafer MA, Moncada J, et al. Bacterial vaginosis in sexually experienced and non-sexually experienced young women entering the military. *Obstet Gynecol* 2003;102 (5 Pt 1):927-33.
2. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Thejls H, et al. Incidence of pelvic inflammatory disease after first-trimester legal abortion in women with bacterial vaginosis after treatment with metronidazole: a double-blind, randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166(1 Pt 1):100-3.
3. Amsel R, Totten RA, Spiegel CA, et al. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med* 1983;74:14
4. Moi H, Erkkola R, Jerve, et al. Should male consorts of women with bacterial vaginosis be treated? *Genitourin Med* 1989;65:263-268 doi:10.1136/sti.65.4.263.
5. Sobel JD, Ferris D, Schwebke J, et al. Suppressive antibacterial therapy with 0.75 % metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:1283.
6. Andersch B, Lindell D, Dahlen I, et al. Bacterial vaginosis and the effect of intermittent prophylactic treatment with an acid lactate gel. *Gynecol Obstet Invest* 1990;30:114-19.
7. Hallen A, Jarstrand C, Pahlson C. Treatment of bacterial vaginosis with lactobacilli. *Sex Transm Dis* 1992;19:146-8.
8. Reid G, Charbonneau D, Erb J, et al. Oral use of *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *L. fermentum* RC-14 significantly alters vaginal flora: randomized placebo-controlled trial in 64 healthy women. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2003;35:131-4.
9. Thulkar J, Kriplani A, Agarwal N. Probiotic and metronidazole treatment for recurrent bacterial vaginosis. *Int J Gynaecol Obstet*.
10. Hurley R, Delouvois J. Candida vaginitis. *Postgrad Med J* 1979;55:645-7.
11. Ferris DG, Dekle C, Litaker MS. Women's use of over-the-counter antifungal pharmaceutical products for gynecologic symptoms. *J Fam Pract* 1996;42:595-600.
12. Donders G, Bellen G, Byttebier G et al. Individualized decreasing-dose maintenance fluconazole regimen for recurrent vulvovaginal candidiasis (Re CiDiF trial). *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:613.e1-613.e9.
13. Eschenbach DA (2008). Vaginitis section of Pelvic infections and sexually transmitted diseases. In RS Gibbs et al., eds., *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, 10th ed., pp. 608-612. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Kjære FUGO-medlemmer!



FUGO

For første gang har jeg æren av å skrive vårt lille innlegg i Gynekologen for å holde dere oppdatert med hva vi i FUGO driver med. Etter 4 år i styret har Erik Andreas Torkildsen gått ut ved årsskifte og jeg overtar vervet som leder etter ham. Erik Andreas har lagt ned en stor innsats for FUGO, først som nesteleder og det siste året som leder, hvor han gjorde en utmerket jobb. Dessuten har Kristin Kleivdal og Pawel Wilkosz gått ut av styret. Vi takker alle tre for en meget bra innsats for FUGO og for å ha representert oss blivende gynekologer også på nordisk og internasjonalt nivå. Jeg selv har vært styremedlem i FUGO i tre år og jeg gleder meg veldig til å lede FUGO i mitt siste, dvs. fjerde år i styret. Jeg ble ferdig spesialist i fjor, men siden vi blir valgt for 2 år om gangen blir jeg med i FUGO ut 2012.

Vi gleder oss over å ha fått inn tre unge og fremmadstormende damer i styret: Helene Fjeldvik Peterson fra Ahus, Tiril Tingleff fra Hønefoss og Johanne Holm Toft fra Stavanger. Helene sitter også i styret til NGF og representerer således LiS'ene og våres interesser der.

FUGO står for "Forening for Utdanningskandidater i Gynekologi og Obstetrikkk". Hvis man er medlem av NGF og ikke er ferdig spesialist, er man automatisk medlem i FUGO. Våres to hovedmål er å fremme utdanningskandidatenes interesser i spesialistutdanningen samt å representere Norge internasjonalt sammenarbeid både innenfor ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology) – den europeiske forening for utdanningskandidater innen vårt fag – og innenfor NFYOG (Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists) – den tilsvarende nordiske foreningen. Det er regelmessige møter både i ENTOG og NFYOG hvor vi representerer Norge.

ENTOG organiserer hvert år en utveksling for 2 norske LiS til et annet land, i 2012 går utvekslingen til Tallin i Estland. Man kunne søke til FUGO for å delta på utvekslingen. Siden søknadsfristen og redaksjonsfristen for Gynekologen faller sammen har vi allerede funnet noen når dere leser dette her, men i skrivende stund vet jeg ikke enda hvem det blir.



Som de siste 4 år skal vi arrangere et kurs dagen før NGF sitt årsmøte, dvs onsdag, 24. oktober, og som kjent er årsmøtet i år i Tromsø. Vi har kommet godt i gang med planleggingsprosessen, men siste detaljer mangler og således vil jeg ikke rope ut temaet enda. Mer opplysninger angående kurset kommer i neste Gynekologen og på våres hjemmeside (NGF => FUGO).

På vegne av FUGO-styret vil jeg ønske dere en fortsatt god vinter

Hilsen

Christian Tappert
Kvinneklubben
St. Olavs Hospital
Trondheim

Nyttige websider

FUGO	Forening for utdanningskandidater innen gynekologi og obstetrikkk	www.legeforeningen.no/ngf -> link FUGO
NFYOG	Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists	www.nfog.org ->link Trainees
ENTOG	European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology	www.entog.org
ENYGO	European Network of Young Gyn Oncologists	www.esgo.org/about_anygo.asp

FUGO-styret 2012

Christian Tappert	Leder	ENTOG-representant, kurs-ansvarlig	christian.tappert2@stolav.no / ctappert@broadpark.no
Sjur Lehmann	Nesteleder	Spes.kom.- og ENTOG-representant, kurs-ansvarlig	sjur.lehmann@gmail.com
Marte Reigstad Myhre	Styremedlem	Nettansvarlig, vara til NGF-styret	martereigstad@gmail.com
Helene Fjeldvik Peterson	Styremedlem	NGF-representant	helene_fjeldvikpeterson@hotmail.com
Tiril Tingleff	Kasserer	NFYOG-representant	tirilt@hotmail.com
Johanne Holm Toft	Sekretær	NFYOG-representant	johanne.holm.toft@gmail.com

VAGINALINNLEGG 7,5 µg/24 timer:

Hvert vaginalinnlegg inneh.: Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 2 mg.

Indikasjoner: Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel i tilknytning til og etter menopause, eller etter ovarieektomi.

Dosering: Ringen presses til oval form og føres dypt inn i øvre tredjedel av skjeden, og bæres kontinuerlig i 3 måneder for deretter å erstattes av en ny ring. Maks. anbefalt sammenhengende behandlingstid er 2 år. Ved etablert amenoré eller ved lange intervaller mellom menstruasjonene kan behandlingen startes når som helst. Ved overgang fra syklisk eller kontinuerligseksvensielt preparat, bør syklus fullføres. Estring settes inn etter en seponeringsblødning. Kan brukes av kvinner med eller uten intakt uterus.

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Genitalblødning av ukjent årsak. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller nåværende venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeemboli). Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisme (f.eks. angina eller hjerteinfarkt). Akutt eller tidligere påvist leversykdom hvor leverfunksjonsverdier fortsatt er unormale. Porfyri.

Forsiktighetsregler: Hormonsubstitusjonsbehandling av postmenopausale symptomer bør kun initieres hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. I alle tilfeller bør nytte/risiko vurderes grundig minst én gang pr. år. Behandlingen bør kun fortsette så lenge fordelene oppveier mulig risiko. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og nøye klinisk undersøkelse (inkl. blodtrykk, bryst, mage og underliv, inkl. livmorhalsprøve) bør foretas. Regelmessige kontroller anbefales under behandlingen. Pasienten må informeres om å oppsøke lege ved forandringer i brystene. Undersøkelser, inkl. mammografi bør foretas iht. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller er blitt forverret under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør pasienten følges opp nøye: Leiomyomer (uterine fibroider) eller endometriose, tidligere tilfeller eller risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus, gallestesykdom, migrene eller alvorlig hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Pga. lokal administrering med jevn frigjøring av små doser antas sannsynlighet for og ev. alvorlighetsgrad av ovennevnte forhold å være mindre enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Ikterus eller forverring av leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk, nye anfall av migrenelignende hodepine og graviditet. Ved tegn eller symptomer på vaginal irritasjon bør lege informeres. Kvinner med unormal utflod, vaginal ubehag eller vaginal blødning bør undersøkes nøye for å utelukke sårdannelse, infeksjon eller ikke-responderende atrofisk vaginitt. Behandling bør seponeres ved tegn til sårdannelse eller alvorlig inflammasjon pga. ikke-responderende atrofisk vaginitt, og ved alvorlig ubehag grunnet innlegget eller unormal bevegelse av dette. Ved vaginal infeksjon bør fjerning av innlegget vurderes ved samtidig bruk av andre vaginale preparater. Forekomsten av tilstandene nevnt under er lavere ved lokal vaginal østrogenutførsel enn ved systemisk østrogenbehandling. Endometriehyperplasi og endometriekreft: Kvinner med intakt uterus bør følges nøye med henblikk på tegn til endometriehyperplasi eller -kreft. Undersøkelser bør utføres før behandlingsstart med østrogen for å utelukke malignitet ved vedvarende eller tilbakevendende unormale vaginalblødninger. Lokal behandling induserer ikke endometrieproliferasjon, og tillegg av gestagen anbefales ikke. Gjennombrudds- og sporblødninger kan forekomme de første behandlingsmånedene. Deresom slike oppstår etter en tids behandling eller vedvarer etter opphør av behandlingen, bør årsaken til blødningene utredes, ev. ved endometriebiopsi for å utelukke malignitet. Østrogenstimulering alene kan føre til premaligne eller maligne endringer i gjenværende endometriosevev. Ved kjent gjenværende endometriosevev bør tilskudd av gestagen vurderes hos kvinner som er hysterektomert pga. endometriose. Brystkreft: Systemisk østrogenterapi kan øke risikoen for brystkreft. Relativ risiko er større når et gestagen er tillagt enten seksvensielt eller kontinuerlig, og uavhengig av type gestagen. Ovariekreft: Langtidsbehandling (5-10 år) med østrogen substitusjon alene hos hysterektomerte kvinner er assosiert med økt risiko for ovariekreft.

Det er usikkert om dette også gjelder ved langvarig kombinasjonsbehandling. Kardiovaskulær sykdom: Langvarig bruk av østrogen, med eller uten tilskudd av gestagener, kan gi en økt risiko for kardiovaskulære hendelser som hjerte- infarkt, koronar hjertesykdom, hjerneslag eller venøs tromboembolisme (VTE). Det er vist økt risiko for iskemisk slag hos friske kvinner ved behandling med kontinuerlig kombinerte konjugerte østrogen og medroksyprogesteronacetat, men det er ukjent om dette også gjelder østrogenbehandling alene. Systemisk østrogen terapi er forbundet med en høyere relativ risiko for å utvikle dyp venetrombose (DVT) eller lungeemboli. Pasienter som tidligere har hatt VTE eller kjent trombofili har en økt risiko for VTE. Ved forventet langvarig immobilisering etter planlagt kirurgi, bør det vurderes å seponere østrogenbehandlingen midlertidig 4-6 uker før inngrepet. Behandlingen bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobilisert. Østrogen kan forårsake væskeretensjon. Pasienter med nedsatt hjerte- eller nyrefunksjon bør overvåkes nøye. Kvinner med terminal nyresvikt bør følges nøye da det forventes at sirkulerende mengde østradiol vil øke. Kvinner med tidligere hypertriglyseridemi bør følges nøye under hormonsubstitusjonsbehandling da sjeldne tilfeller av pankreatitt som skyldes kraftig økning av plasmatriglyserider er rapportert.

Graviditet/Amning: Skal ikke brukes ved graviditet eller amning.

Bivirkninger: Svært vanlige (µ1/10): Kjønnsgorganer/bryst: Leukoré. Vanlige (µ1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Magesmerte, kvalme. Hjerte/kar: Hetetokter. Hud: Kløe. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon, øvre luftveisinfeksjon, sinusitt. Kjønnsgorganer/bryst: Vaginal blødning, vaginal irritasjon/ubehag, vaginitt, genital candidiasis, urogenital kløe, brystsymptomer (inkl. brystspenning, brystforstørrelse, brystsmerte). Muskelskjelettsystemet: Artropati (inkl. artralgi, artritt og artrose), ryggsmerte. Nevrologiske: Hodepine. Psykiske: Insomnia. Øvrige: Influensalignende symptomer. Mindre vanlige (µ1/1000 til <1/100): Kjønnsgorganer/bryst: Trykkfølelse i vagina, sår i vaginalslimhinnen. Øvrige: Væskeretensjon. Seponeringsblødninger kan forekomme. Andre bivirkninger rapportert i sammenheng med østrogen-/gestagenbehandling: Østrogenavhengige neoplasmer, benigne og maligne, f.eks. endometriekreft, venøs tromboembolisme, dvs. dyp venetrombose i ben eller bekken og lungeemboli, hjerteinfarkt og hjerneslag, galleveissykdom, sykdommer i hud og underhudsvev: Kloasme, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura og muligens demens.

Overdosering/Forgiftning: Usannsynlig på grunn av utforming og administreringsmåte. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogen G03C side 60 d i Fellekatalogen 2011.

Egenskaper: Klassifisering: Syntetisk 17-µ-østradiol kjemisk og biologisk iden-tisk med humant østradiol. Vaginalinnlegget frigjør små mengder 17-µ-østradiol over en periode på 3 måneder. Full effekt oppnås etter 2-3 uker. Kun til behandling av urogenitale plager som skyldes østrogenmangel. Virkningsmekanisme: Erstatte manglende eller synkende endogen østradiolproduksjon under og etter menopause, og har effekt på urogenitale symptomer og tegn på østrogenmangel. Gjenoppretter vaginal pH til premenopausale verdier, og vaginalt og urethralt epitel til premenstruelle tilstand, histologisk og fysiologisk. Den svært lave, konstante frigjøringen av østradiol fra vaginalringen omgår førstestapasjemetabolisme, og derved induseres ikke kjønnshormonbindende globulin (SHBG), follikkelstimulerende hormon (FSH) eller alfa2-PAG («Pregnancy Zone Protein»). Preparatet kan brukes uten tilleggsbehandling med progestogener, da det ikke induserer endometrieproliferasjon. Vaginalinnlegget er en halvgjennomsiktig, elastisk ring av silikonelastomer, med en hvit kjerne som inneholder et østradiolreservoar. Absorpsjon: Svært lite østradiol absorberes i den systemiske sirkulasjonen. Etter kortvarig initial topp, vil frigjøringen av østradiol fra ringen være konstant (7,5 µg/24 timer), i minst 90 dager. Konstante plasmakonsentrasjoner oppnås etter 2-3 dager. Nivået er betydelig lavere enn laveste verdier som vanligvis sees hos premenopausale kvinner. Halveringstid: Halveringstid i plasma er 1-2 timer. Clearance varierer mellom 450-625 ml/minutt/m². Metabolisme: Østradiol metaboliseres hovedsakelig i lever til hovedmetabolittene estriol, estron og deres konjugater. Utskillelse: Metabolittene skiller hovedsakelig ut via nyrene som glukuronider og sulfater. Østrogen gjennomgår enterohepatisk sirkulasjon.

Andre opplysninger: Produktet har følgende dimensjoner: Ytre diameter 55 mm, tverrsnittsdiameter 9 mm, kjernens diameter 2 mm.

Pakninger og priser: 1 stk. kr 400,10.

Sist endret: 05.04.2011

Overgangsalderen behøver ikke å være en begrensning

Gi dine pasienter en enkel og komfortabel løsning mot vaginale plager¹



Lokal hormonbehandling

- enkelt og komfortabelt¹
- svært brukervennlig¹
- varighet i 3 måneder²



Les mer og se film:
pfizer.no/estring

Estring[®]
østradiol



EBCOG har fått sin første kvinnelige leder

EBCOG, - European Board & College of Obstetrics and Gynaecology, er "den europeiske spesialistforeningen", som NGF er medlem av. De gynekologiske foreninger i 35 europeiske land er medlemmer av EBCOG. Som en del av den europeiske spesialistlegeforeningen (UEMS), er EBCOG en "Board and Section" dvs en arbeidsgruppe under Union Européenne des Médecins Spécialistes(UEMS).

Struktur

Foreningens struktur består av styret (Executive) med elleve medlemmer, fire medlemmer er officers: president, visepresident, sekretær og kasserer, og eksekutivmedlemmene: 7 inkludert en "webmaster". Dertil kommer representantskapet (Council) hvor hvert medlemsland har to representanter, med en stemme.

Fra Norsk gynekologisk forening møter leder og PSL-representanten i styret i Council to ganger i året. I tillegg har NGF Rolf Kirschner, OUS, som medlem av eksekutivkomiteen og Erica Werner, Haukeland universitetssykehus, som nett-redaktør (webmaster) for EBCOG's hjemmeside. Fra november 2011 ledes EBCOG av professor Chiara Benedetto. Hun er klinisksjef ved avdeling for gynekologi og obstetikk ved Universitetet i Torino, Italia – og foreningens første kvinnelige leder.

Formål og kjerneaktivitet

Formålet med EBCOG er å fremme kvinner og barns helse ved å sikre høyest mulig kvalitet på helsetjenester i alle europeiske land. Dette er en stor utfordring, da det

råder tildels svært ulik praksis og det er store forskjeller i ressurstilgang i de ulike europeiske landene.

EBCOG's kjerneaktivitet er utdanning og opplæring for å fremme målet om best mulig helsetjeneste for kvinner og deres barn. EBCOG vektlegger derfor særlig harmonisering av spesialistutdanningen som middel til å oppnå bedre og mer samsvarende praksis. Dette gjøres på ulike måter:

- 1) Ved arbeidet i "Standing Committee on Training and Assessment" er det utarbeidet utdanningsprotokoller og log-bøker for å høyne kvaliteten på utdanningen i medlemslandene. Disse dokumentene kjenner vi etter hvert i Norge, da de i løpet av de siste ti-årene har blitt inkorporert i vårt utdannings-system.
- 2) Inspeksjon (visitation) av utdannings-avdelinger ved "Hospital Recognition and Accreditation Committee, som ved hjelp av utarbeidet dokumentasjon kontrollerer at utdanningsmalene følges. Dette systemet tok vi i bruk i midten av '90-tallet etter inspirasjon fra EBCOG.
- 3) Samarbeid med utdanningskandidatene gjennom deres europeiske organisasjon ENTOG (European Network of Trainees in ObGyn), som anses som svært viktig. ENTOG har stemmerett i EBCOG, og alle visitasjonene skal inkludere en utdanningskandidat. FUGO har vært aktive i ENTOG, og spesielt det at LIS'ene er blitt inkludert i inspeksjonene, er mye pga de nordiske landene og Nederlands innstilling og påvirkning i et ofte relativt hierarkisk miljø.

Gjennom akkreditering og visitasjons-programmet ønsker man å stimulere de medlemslandene som enda ikke har et nasjonalt utdannings- og visitasjonsprogram

innen generell gynekologi og obstetikk, til å utvikle et slikt program. Derved styrkes innføringen av utdanningsprogrammene som vi kjenner det, med kompetanseøkning, logbok og veiledertjenester.

Subspesialitetene

EBCOG har et utstrakt samarbeid med de fire europeiske foreningene som representerer de godkjente subspesialitetene, ESGO (European Society of Gynaecological Oncology), EUGA (European Association of Urogynaecology), European Association of Perinatal Medicine ESHRE (European Association of Reproduction and Embryology). Representanter for disse møter i styret og har stemmerett i Council. Dette samarbeidet muliggjør akkreditering av utdanningssentra for subspesialisering, sist foretatt i Norge da avdeling for gynekologisk onkologi ved Haukeland universitetssykehus og DNR ble akkreditert. Selv om vi ikke har fått godkjent subspesialitetene i Norge, vil gyn onkologer med utdanning ved disse sentra være godkjente subspesialister i resten av Europa.

I tillegg har EBCOG et nært utdannings- og kvalitetssamarbeid med foreninger som representerer "spesialområder", som Kolposkopi og Endoskopisk kirurgi.

Kongress

Hvert andre år arrangerer EBCOG, i samarbeid med ESGO, EUGA, EAPM, ESHRE og spesialområdene en bred, faglig kongress. Her vektlegges særlig sesjoner med "hands-on training". I 2010 ble kongressen avholdt i Antwerpen. Kongressen 2012 legges til Tallin i mai, kongressen 2014 til Glasgow. I samband med kongressene, og ellers hvert år mellom kongressene, har ENTOG et møte sammen med EBCOG, der erfaringene fra utvekslingen beskrevet under, oppsummeres sammen med representanter for EBCOG. I 2011 var det opphold i England, i år vil det bli utveksling i Baltikum.



Prof. Chiara Benedetto.

Utvexling

EBCOG besluttet i 2010 å starte et nytt, spennende pilotprosjekt for å stimulere utveksling av utdanningskandidater i gyn/ obst i Europa, og gjennom det bidra til harmonisering av spesialistutdanningen i medlemslandene. Det deles ut tre individuelle stipend pålydende 3000 euro hver, til utdanningskandidater som ønsker å tilbringe tre måneder i utlandet ved en utdanningsinstitusjon godkjent av EBCOG. I tillegg organiserer ENTOG med støtte fra EBCOG hvert år utveksling av LIS, der to deltagere fra hvert land får muligheten til å være en uke ved vertslandets spesialavdelinger. Dessverre har det vært ganske laber interesse fra norske LIS å delta i utvekslingen, som dessuten er kostnadsfri, dekket av NGF.

Nettside

EBCOG's nettside er de siste par år betydelig oppgradert. Der er mye informasjon tilgjengelig, og det arbeides med å tilrettelegge for interaktivt forum og e-learning-program. I tillegg er det mye materiale å hente på nettsiden til UEMS, som kan linkes inn via EBCOG. Mye av det erfaringsmaterialet den norske spesialistutdanningen er bygget på de siste ti -årene er hentet fra den UEMS, både via legeföreningens direkte deltagelse på et overordnet nivå, eller helst de fagmedisinske foreningenes medlemskap i "Boards and Sections", som NGF's i EBCOG.

Relasjonen til EU

De siste årene har det vært arbeidet mye med å vinne innpass i det sentrale EU- arbeidet. Det er ingen egen helse- kommisjonær (minister) i EU-systemet. EBCOG ønsker fremover å styrke relasjonene til de som arbeider med helse i EU. Det arbeides aktivt for å profilere foreningen i forhold til de ulike kommisjonærene i systemet som arbeider opp mot helsemyndigheter, slik at målet om gode helsetjenester for kvinner og barn kan realiseres i hele Europa. Som et viktig bidrag er det nå under utarbeidelse et forslag til retningslinjer for svangerskap og fødselsomsorg som man har håp om at alle europeiske land implementerer.

Vi ser jo fra nylige undersøkelser på andre områder at bestemmelser i Brussel har stor innvirkning på det norske lovverket, og vi har merket betydningen av arbeidstidsregelverket. I fremtiden vil det ha stor betydning i hvilken grad "fri flyt av pasienter", "like pasientrettigheter" og "gjensidige godkjeningsregler av leger" vil ha å si.

Derfor mener mange av oss at det er viktig å delta i det europeiske samarbeidet, noe dagens transport- og prispolitikk gjør mulig på en helt annen måte enn for bare noen årtier siden. Nå er det kun viljen det står på! Dessverre har det vært ganske laber interesse fra norske LIS å delta i utvekslingen, som dessuten er kostnadsfri, dekket av NGF

Styret i EBCOG 2012: President: : Prof Chiara Benedetto, Italia. Visepresident: Prof Tahir Mahmood, UK. Sekretær: Prof Chiara Benedetto, Italia (ny sekretær velges ved Councilmøtet i mai 2012) Kasserer: Prof Peter Hornnes, Danmark. Styremedlem: Dr Rolf Kirschner, Norge Styremedlem: Prof Allan Templeton, UK Styremedlem: Prof Helle Karro, Estland Styremedlem: Prof Ioannes E Messinis, Hellas Styremedlem : Prof Vlad I Tica, Romania. I tillegg møter ENTOG, nettredaktøren og de fire subspecialitetene i styret. I Council møter to representanter fra alle medlemslandene (EU, EØS, Tyrkia og Russland).

For info om EBCOG se www.EBCOG.org

Rolf Kirschner, rolf.kirschner@getmail.no

Runa Aabø, raa@sandspes.no



AmniSure®

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

- ✓ 99% SENSITIVITET, 100% SPESIFISITET
- ✓ ENKEL DIP-STICK TEST
- ✓ PÅLITELIG RESULTAT I LØPET AV MINUTTER
- ✓ ANBEFALT AV EAPM (European Association of Perinatal Medicine)
- ✓ BRUKES AV LEGE, JORDMOR, SYKEPLEIER, BIOINGENIØR
- ✓ BRUKER PAMG-1 SOM MARKØR FOR RUPTUR

VitaFlo Scandinavia AB NUF
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: info@vitaflo.net
www.vitaflo.se


VITAFLO
Part of the Navamedic Group



Presentasjon av Styret



Leder
Knut Hordnes
Hospitalet Betanien
knut.hordnes@uib.no

Knut Hordnes, leder. Seks år i Styret, de første fire som vitenskapelig sekretær og de neste to som nestleder. Født (med tang) og oppvokst i Bergen, etter preklinikk i Bergen ble det klinisk avdeling i Trondheim ferdig i 1986. Etter turnus i Orkanger og Malvik og militær tjeneste på Ørland hovedflystasjon, ble det retur fra Trøndelag til Bergen. Etter 1,5 år med medisinsk genetikk på Haukeland, ble det Kvinneklubben i 1990. Spesialist i gynekolog og obstetrik i 1997, og doktorgrad om gruppe B-streptokokker og immunitet i 1998. Arbeidssted siste 20 år har i hovedsak vært KK Bergen, med unntak av et år i Riyadh, og perioder med kombinasjon gynekolog på Volvat i Bergen og hyppige arbeidsperioder i Hammerfest. I de senere år arbeidet med assistert befruktning og generell gynekologi på KK, parallelt med gynekologisk dagkirurgi på Hospitalet Betanien i Bergen. Sluttet på KK Haukeland høsten 2010 og driver nå utelukkende generell gynekologisk kirurgi på Betanien. Knut har i seks år vært norsk representant i NFOGs vitenskapelige komité, og er medlem av Faglig Rådgivningsgruppe for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Han er president for NFOG kongressen i Bergen juni 2012.



Nestleder
Torill Kolås
Sykehuset Innlandet Lillehammer
toril.kolaas@c2.net

Fire år i styret som kasserer. Født og oppvokst i Namsos. Medisinsk embedseksamen fra København i 1982, turnus i Flekkefjord og Trysil. Startet legekarrieren på legevakta i Oslo hvor hun jobbet i 1 ½ år med skadekirurgi. Skiftet over til gyn/obs-faget. Spesialistutdannelsen fra Buskerus Sentralsykehus, Drammen og Lillehammer Sykehus. Ble spesialist i 1992 og har doktorgrad om keisersnitt 2008. Arbeidssted de siste vel 20 år har vært Lillehammer Sykehus som nå er en av 6 somatiske sykehus i helseforetaket Sykehuset Innlandet (SI). Er avdelingsjef/avdelingsoverlege ved gyn/føde-avdelingen på Lillehammer og koordineringsansvarlig for fagfeltet på tvers av geografi innen SI. Hun leder Hdir's fagråd for svangerskap- fødsel- og barselomsorg.



Vitenskapelig sekretær
Jone Trovik
KK Haukeland

Jone Trovik f 1961 utdannet Universitetet i Bergen, Turnus Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane, Førde, 2 år tjeneste KK der før returnerte til Bergen. Fullførte spesialistutdanningen ved KK, Haukeland Universitetssjukehus 1994. Har arbeidet på KK siden det, med permisjon siste 3,5 år for doktorgradsstudie om endometriecancer. Vært avdelingstiltsvalgt for ass.leger, sittet i styret for Hordaland Legeforening og vært seksjonsoverlege ved avdelingen ilp 3 ulike perioder, tilsammen 4 år. Nå tilbake som overlege på generell gynekologisk seksjon med spesialansvar gynekologiske fistler, landsfunksjon sammen med to andre leger ved avdelingen. Gift, 5 barn (alt i alt med mine og dine..)



Kasserer
Kevin Sunde Oppegaard
Gyn avd hammerfest
kevin.s.oppegaard@helse-finnmark.no

Spesialist siden 2006, ansatt som overlege på Føde-Gyn avd. i Hammerfest siden 2005. Ph.D. ved UiO i 2009 (fire kliniske forsøk med Cytotec på gravide og ikke-gravide). Deltar i pågående multisenterstudie mellom Ullevål, Karolinska, Helsinki og Wien (oppfølging av kvinner etter medikamentell abort). Styremedlem NGF siden 2010.



Styremedlem og redaktør Gynekologen
Martin Andresen (PSL)
Smestadgynekologene
martin@drandresen.no

Se presentasjon under Presentasjon av Gynekologen redaksjon", s. 27



Sekretær (FUGO)
Helene Peterson
KK Ahus
Helene.Fjeldvik.Peterson@ahus.no

Ny i styret fra 2012. Oppvokst på Nesodden utenfor Oslo. Forsøkte etter videregående å ikke studere medisin, men etter en runde med bl.a. Ex.phil/Ex.fac, filmvitenskap og utenlandsopphold, var det ingen vei utenom. Studerte ved Jagiellioninan University i Krakow, fra 2002 til 2008. Grunnet høyt turnusnummer ble det litt venting på turnus og fikk da erfaring med midlertidig lisens fra akuttpsykiatrisk avdeling ved Aker sykehus og kirurgisk avd. på Ringerike. 3-delt turnus ved Ahus, med gynekologi. Etter endt turnus august 2010, var hun en liten tur på tropemedisinskurs i København, deretter noen mnd på Olafiaklinikken under Rikshospitalet. LIS ved gynekologisk avdeling, Ahus fra januar 2011 og frem til i dag.



Styremedlem
Tone Shetelig Peterson
St Olavs Hospital
Tone.Shetelig.Lovvik@stolav.no

Tone Shetelig Lovvik, nytt varamedlem i styret, trukket inn som ordinært styremedlem. Født i Trondheim, oppvokst i Klæbu, studert i Oslo, ferdig i 2000. Etter turnus i Skien og Hjørtedal startet på kvinneklinikken i Skien og var der til september 2007. (Født tre barn). Startet på St. Olavs hospital september 2007, kirurgisk avdeling 08-09. Ferdig spesialist i 2011. Arbeider nå som overlege ved fødeavdelingen ved St. Olavs hospital, på vei ut i deltidsarbeid som stipendiat i forbindelse med en stor klinisk studie om Senaborter og fortidlige fødsler hos PCOS kvinner, PregMet 2.

Varamedlem, PSL-representant
Odrun Kleggetveit
spes praksis, Kristiansand
odrun.kleggetveit@gmail.com

Varamedlem, FUGO-representant
Marte Myhre Reigstad
KK Ahus



Presentasjon av redaksjonen



Ansvarlig redaktør
Martin Andresen
Smestadgynekologene
martin@drandresen.no

Cand med fra UiO i 1993, spesialist siden 2001.

Driver avtale-praksis sammen med 3 kollegaer

ved Smestadgynekologene i Oscarsgate i Oslo.

Tidligere har jeg jobbet ved Sentralsykehuset i Ålesund, Rikshospitalet og vært seksjonsoverlege ved gyn avdeling, KK Bærum Sykehus, 2002-2005.

Jeg gikk inn i en avtale praksis i Oslo i 2005.

Har tidligere vært leder for FUGO og vararepresentant til styret i NGF (1998 – 2001), og ble valgt inn som PSL-representant til styret i NGF ved årsmøtet i 2011.



Medredaktør
Pooja Parashar
Spes.praksis Bergen
ipooja@gmail.com

Er opprinnelig fra India, Cand med fra Universitetet i Bergen. Nettredaktør for Norsk gynekologisk forening i 7 år.

Avtalespesialist siden 2005



Redaksjonsmedlem
Cathrine Ebbing
KK Haukeland
cathrine.ebbing@molmed.uib.no

Jeg arbeider som overlege ved Seksjon for fostermedisin-ultralydlaboratoriet ved Kvinneklubben i Bergen, og er for tiden

50% postdok stipendiat. På jobben er hovedinteressen omsorg for kvinner med kompliserte svangerskap og fosterfysiologi. Jeg er medlem av Klinisk fosterfysiologisk forskningsgruppe ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Bergen der jeg avla PhD graden i 2008.

For en del år siden (1997-2001), var jeg medlem av styret i NGF og FUGO. Der ble jeg kjent med Martin Andresen, og det var derfor naturlig å takke ja til Martins forespørsel om å bli Gynekologens utsendte medarbeider på vestlandet.



Redaksjonsmedlem
Anne-Cecilie Hallquist
Smestadgynekologene
anne.cecilie.hallquist@vikenfiber.no

Født 1962 i Corvallis, Oregon, USA. Medisinerstudier i Oslo, ferdig 1989.

Turnustjeneste i Arendal/Grimstad. Ass.lege,

kir avd, Krsitiansand 1991-92.

Kvinneklubben, Buskerud 1992-94. Kvinneklubben Ullevål 1994-2004, de siste 5 år som overlege. 2004: gikk inn i seniorordning som avtalespesialist og har siden vært en av Smestadgynekologene.

Gift med kollega Henrik Husby. Har 2 barn; Fanny født 1997 og Laurits født 2003.



Redaksjonsmedlem
Mariann Eidet
KK Sørlandet Sykehus Kristiansand
mariann.eidet@sshf.no

Jobber som overlege ved Kvinneklubben Sørlandet sykehus Kristiansand. Her har jeg ansvar for undervisning og opplæring. Ellers

trives jeg svært godt med den kirurgiske delen av faget, spesielt laparoskopisk kirurgi og urogynekologi. Jeg har min spesialisering fra Sørlandet sykehus Kristiansand (kirurgi og gyn/obst) samt gruppe I tjeneste fra Ullevål universitetssykehus.



Redaksjonsmedlem
Siri Strand Pedersen
Gyn avd, Klinikk Hammerfest
Siri.Strand.Pedersen@helse-finnmark.no

Født på SIA - og oppvokst på Lørenskog. Deretter litt øslandsnomade med studier i Oslo og senere Ungarn.

Turnus fra 05 ved Mo i Rana - et flott sykehus midt i Norge med mange hyggelige mennesker og distrikt i Tysfjord - med vakker natur og flere flotte mennesker. I Tysfjord fant jeg også mannen i mitt liv som nå er far til til vår lille solstøle Live.

Jeg har lært min gyn og obstetikk ved sykehuset i Bodø og kvinneklubben i Bergen. Det har vært en spennende reise sammen med fantastiske og flinke folk. For et år siden flyttet vi nordover da min samboer fikk jobb på Melkøya i Hammerfest, og etter ferdig barselpermisjon i sept. var jeg så heldig at jeg fikk tilbud om en stilling her ved Hammerfest sykehus.



HUSK NGF'S VÅRMØTE I OSLO 19.-20. APRIL 2012

For program, se s. 35 og www.legeforeningen.no/ngf

Controversies in Obstetric Doppler

hear from & quiz experts in the field

Saturday 14th – Sunday 15th April 2012

The Moller Centre, Cambridge UK

Prof T Kiserud (Norway)

Prof C Brezinka (Austria)

Prof K Marsal (Sweden)

Mr C Lees (UK)

Prof P Salvesen (Sweden)

Prof S Campbell (UK)

Prof K Hecher (Germany)

Prof T Frusca (Italy)

- *Is Uterine artery screening for everyone?*
- *Uterine artery Doppler & maternal cardiovascular status*
- *1st vs 2nd trimester uterine artery screening*
- *MCA Redistribution: brainsparing or brainharming?*
- *Ductus arteriosus: physiology, truth and myth*
- *Doppler safety ... the theory and the practice*
- *Timing delivery in IUGR-Doppler, CTG or both?*
- *An international consensus on 'how to do' Doppler: basic guidelines*

Course fee: £190 includes lunch and refreshments but not accommodation, of which there is a wide variety available ranging from budget to luxury. Cambridge is situated in the East of England with excellent rail links to London. The nearest Airport is Stansted, 30 minutes away by rail or road.

Contact: Deborah Leith or Julie Graham

Postgraduate Medical Centre, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK.

+44 1223 217105 Fax +44 1223 217237 ✉ dl342@medschl.cam.ac.uk



COGI, Kina i desember 2011

Vi, Kristina H. Johannessen og Brit Nyland er avtalespesialister i Bergen og har vært i gruppepraksis fra 1988. Brit bestemte seg for å slutte i praksis 1 sept. i år, og derfor ble vi enig om å ta en siste felles kongressreise langt fra Norge. Vi har reist sammen fra 70-tallet på årsmøter, nordiske kongresser og Riksstämman i Stockholm flere ganger, kongresser i Europa, Marokko, Thailand og USA.

Vi meldte oss siden på Controversies in Gynecology, Obstetrics and Infertility (sjef: Prof. Zion Ben Rafael) som skulle finne sted på øyen Hainan lengst sør i Kina, en liten øy med kun 8 mill. innbyggere og varmt klima.

Reisen gikk fra Bergen via København og Beijing til Sanya (en by på Hainan). Kongressen hadde hovedsete i Huayu Resort and Spa Yanglong Bay Sanya. Vi kom frem til et stort og flott hotellanlegg med flere fløyer og en stor fin pool ute. Et vakkert hageanlegg. Vi fikk luksuriøse "king size" rom. Det var få på hotellet som kunne engelsk. Kort vei til en fantastisk strand, lang og bred og herlige bad. Lufttemp. 20-25 gr. Vi var få européere på kongressen og på øyen. Det var opplagt et sted kinesere fra øvre middelklassen ferierte. Vi så disse typiske et-barnsfamilier. Der var og en del russere. Russland har økonomiske interesser der. På diverse skilt var teksten ofte kun på kinesisk og russisk. Vi hadde kanskje forventet å møte en del skandinaver, i hvert fall norske praktiserende spesialister som kan få mye dekket av Fond II, men nei, den eneste var Sven Skouby fra Danmark, han var med og arrangerte det faglige i kongressen Vi fikk stort sett kinesisk mat, og det var virkelig

spennende og ofte velsmakende, vi prøvde ikke så mye av vannaktige grøter og supper. Masse deilig frukt. Kinesere spiste kun med pinner og skje. Frokost og lunsj på hotellet og middag ute på en av de mange restauranter i nærheten av hotellet. En kveld spanderte en ung kinesisk kollega, dr Xu Bing fra Quingdo, middag på oss og fortalte alt om rettene, i tillegg til om sitt arbeid på et stort sykehus og hvordan hun hadde det privat.

Vi fant ikke den turisme vi er vant med, lite informasjonsmateriale på engelsk, ikke kart.

Vi oppsøkte en dame på et kontor , Travel Service Center. Hun snakket heldigvis en del engelsk og hun kjørte oss i sin egen bil til forskjellige turiststeder/aktiviteter. Vi vandret og ble fraktet i små busser rundt i et nydelig naturreservat og fikk på en tur kjennskap til eldre forhold i området, danser, håndverk og folkløse. For kineserne ble vi nok oppfattet som eksotiske, Brit ble til og med fotografert.

Vi opplevde noe nytt og fikk innblikk i en for oss ganske ukjent kultur.



Brit Nyland.



FAGLIGE INNTRYKK FRA COGI I HAINAN DESEMBER 2012.

Kongressen hadde samlet ca. 250 deltakere fra mange land, de fleste fra Kina og andre asiatiske land. Med Sven Skouby fra Danmark var vi i alt 3 skandinaver. I flotte kongresslokaler ved Huayu Resort and Spa hotell foregikk 4 parallelle sesjoner, hvorav en med frie foredrag. Temaene var varierte og dekket store deler av spekteret innen gynekologi, obstetrikk og infertilitet. Mye var kjent, og en del var nytt. Mange av sesjonene var lagt opp som pro- et contradiskusjoner med dyktige innledere og engasjerte debattanter fra salen.

Temaene varierte fra preimplantasjonsdiagnostikk til den økende forekomsten av multiple svangerskap, keisersnitt og for tidlige fødsler (hvorav 30% iatrogene!). En sesjon var viet kosmetisk-plastisk kirurgi og etiske aspekter ved dette. Ovarial reserve – «low responders» – PCOS og OHSS, screening for

ovarialcancer, HPV og cervixcancer, HRT og cancer risiko, nye retningslinjer for HRT, endometriose og infertilitet var andre store tema som ble debattert.

Lav ovarial reserve og betydningen av AMH-målinger for å diagnostisere dette ble grundig gjennomgått. Anti-Müller hormon dannes i ovariene, mest i de små folliklene, og synker jevnt til menopausen, kan siden ikke påvises. Det varierer lite gjennom cyklus og kan måles når som helst. Verdiene er 2-3 ganger høyere ved PCOS, høyest ved insulinresistens og ved amenore. Lave verdier ses ved overvekt og røyking. Konklusjonen var at AMH er bedre prediktor for utfallet av ART enn FSH og bør erstatte denne. Ved normal AMH kan man vente normal respons og god prognose. Ved høye verdier er det økt risiko for OHSS. Ved svært lave verdier (<0,1 ng/ml) forventes dårlig respons eller kansellering av cyklus.

Er det noe å tilby for å bedre fertiliteten hos kvinner med dårlig respons? Flere behandlingsalternativ har vært forsøkt: øke gonadotropindosen/tilsette LH, endrede GnRH-protokoller, veksthormon, bromocriptin, naturlig cyklus, aromataseinhibitorer og DHEA. Alle disse alternativene har vist å bedre graviditetsfrekvensen. Vi fikk presentert en kasuistikk fra New York, der en kvinne hadde funnet ut på nettet at DHEA kunne hjelpe på hennes sparsomme follikkelantall. Etter 6-7 cykler med DHEA hadde hun fått nærmest polycystiske ovarier! DHEA skal gi økt antall follikler, bedre respons ved stimulering og bedre graviditetsfrekvens. Den anvendte dose var 25 mg 3 ganger daglig.

Et fyrverkeri av en filipinsk kollega, E. Manalo, presenterte et stort PCOS-materiale fra sin privatklinikk i Manila. Hun brukte mye aromatashemmere til ovulasjonsstimulering og hadde meget god erfaring med Ezetrol;

mange ble gravide i løpet av 2-3 cykler. Ezetrol er lovende hos klomifenresistente, men Manolo brukte det som første valg hos sine PCO-pasienter.

Chairperson for sesjonen om ovarialcancer var T. Levy fra Israel, som fortalte at blant Ashkenazijøder var 1:40 bærere av BRCA-mutasjoner, mot 1:800 i normalbefolkningen. Selv hos mutasjonsbærere blir risken for ovarialcancer redusert med 60% ved p-pillebruk i mer enn 6 år.

Foreløpig screener man BRCA-positive kvinner med årlig ultralyd og måling av CA 125 (+/- HE4) hver 6. måned, men det foreligger ingen evidens for bedret overlevelse eller at canceren blir oppdaget i tidligere stadium. Levy mente at ovarialcancer oppdaget i stadium I og II uansett hadde god prognose og kunne være biologisk forskjellige fra canceren oppdaget i stadium III og IV, og at de ikke representerte samme sykdom. Kvinner som utviklet ovarialcancer hadde kraftig økning i CA 125 i årene forut for cancerpåvisningen, brattest kurve for FIGO-stadium III og IV.

Bilateral salpingooforectomi ble sterkt anbefalt for å redusere risiko for ovarial- og mammacancer, men panelet var motvillig mot å anbefale østrogentilskudd etter operasjonen – av frykt for brystkreft! Levy håpet at det i fremtiden skulle vise seg tilstrekkelig å fjerne fimbrienden av tubene hos BRCA-mutasjonsbærere, idet det sannsynligvis er her kreften oppstår.

Hormonbehandling og cancerriks og behovet for nye retningslinjer ved østrogenbruk var temaet for to sesjoner. Hvilken betydning har østrogendose og administrasjonsform? Hva betyr gestagendose og -type? Både eksperimentell og klinisk forskning viser at østrogen alene, særlig i lav dose, ikke gir økt risiko for brystkreft, heller tvert imot. Både gestagentyper og -doser har betydning. Naturlig progesteron i kombinasjon med østrogen gir ikke økt risiko. Dihydrogesteron gir heller ingen signifikant økt risiko. Av de øvrige gestagener er MPA den farligste, LNG den beste. Særlig ved lave østrogendoser er

gestagentyper og -doser av stor betydning. Østrogen gitt transdermalt gir mindre forekomst av brystkreft enn peroral behandling. Østrogentypen brukt i WHI- og HERS-studien, CEE, inneholder en stor mengde østronsulfat, som er karsinogent. Resultatene fra disse studiene kan ikke overføres direkte til Europa og yngre kvinner som starter med HRT i 50-årsalderen. I USA vil kun 3% av kvinner dø av brystkreft, og et fåtall av disse kan relateres til hormonbruk.

Oppdatert anbefaling fra IMS (International Menopause Society) i «Climacteric» juni

2011 lyder: «Mikronisert progesteron eller dihydrogesteron brukt sammen med oralt eller percutant østradiol kan være forbundet med en bedre risikoprofil for brystkreft enn syntetiske gestagener».

Som oppsummering var COGI i Hainan en spennende kongress med mye ny informasjon, men ga oss samtidig vissheten om at norsk gynekologi er på høyde med resten av verden og på noen områder eksempel til etterfølgelse, for eksempel rutinen med å kun tilbakeføre et embryo ved IVF. «Look to Norway!».



- Anne Cecilie Hallquist
- Smestadgynekologene, Oslo
- anne.cecilie.hallquist@vikenfiber.no

REISETIPS II

Fra og med i år blir reisetilbudet for oss sterkt begrenset. Legemiddelindustrien har ikke lenger anledning til å invitere oss med på kongresser og kurs. Det har vært en enestående mulighet for oss til faglig påfyll og til å møte andre kollegaer. Og det har vært behagelig. Mange har allerede reist på egen hånd – men fra nå av må vi alltid finne interessante kurs og kongresser selv, melde oss på og ordne det praktiske.

Jeg har tidligere i Gynekologen reklamert for kursene til Royal College of Obstetricians and Gynecologists i London. Jeg har vært på mange av deres kurs og kan anbefale alle. Linken til deres hjemmeside finnes på NGFs hjemmeside og det er en enkel sak å klikke seg inn. Der vil du finne en omfattende kurskalender og kan melde deg på direkte.

I høst var jeg igjen i London. Denne gang på to kurs arrangert av Imperial College of London. Disse kan du finne på symposia.org.uk.

Det første var et tre dagers kurs kalt "Medical complications in pregnancy". Kurslokalet var Royal College of Physicians ved Regents Park (ikke til å forveksle med Royal College

of Obstetricians and Gynecologists på den andre siden av Regents park!!!).

Det var et matnyttig og innholdsrikt kurs med et høyt faglig nivå. Kursleder var Catherine Nelson-Piercy som også har gitt ut flere lærebøker. Kurset passer for alle klinikere som behandler gravide, både ute i praksis og på sykehus. Dette kurset blir også holdt 7-9. november i år.

Neste kurs varte i to dager og ble holdt på Hammersmith Hospital, en enkel tur med the underground fra sentrum. Kurstittel: "Clinical Fetal Medicine". Dette var ikke et praktisk kurs i ultralyd men omhandlet diagnostiske muligheter prenatalt og aspekter rundt dette.

UK ligger langt fremme i prenatal diagnostikk og det er spennende å høre om hvilke muligheter som finnes.

Når man likevel er i London vil jeg anbefale en tur i bokhandelen til Royal College of O&G. Nå kan vi handle bøker på nettet – men det er deilig å bla i boken før man kjøper den.

Regn ikke med at det blir mye tid til overs når du er på disse kursene. Dagene er lange og forelesningene så bra at du neppe vil skulke noe. Legg heller inn en dag eller to ekstra. Og jeg minner om at Legeforeningen fortsatt gir refusjon til reise og oppholdutgifter for ett utenlandskurs i året. God tur!



38TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

17-19 June 2012, Bergen, Norway
www.nfog2012.no



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING



Reminder

THE EVENT OF THE YEAR
REGISTER NOW AT
www.nfog2012.no

NGFs vårkurs 2012

19. – 20. april 2011

Ansvar: Kontor for legers videre- og etterutdanning (Oslo)

Kurssted: Rødt Auditorium, Patologbygget, Ullevål Sykehus

Kurs komité: Tore Henriksen, Rolf Kirschner, Marit Lieng, Tone Skeie-Jensen

Påmelding til: Kontoret for legers videre- og etterutdanning, E -post: kurs.oslo@legeforeningen.no

Maks deltakere: 80

Kurspris Leger: 2000

Kurspris Ikke leger: 4000

Tillegg for lunsj og kaffepauser begge dager: 500

Godkjennelse: Søkt godkjent som valgfritt kurs og etterutdanningskurs med 12 timer, for spesialiteten Fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Torsdag 19. april 2012

1000-1020: Registrering og kaffe

1020-1030: Velkommen + info/ praktiske opplysninger ved Rolf Kirschner

FEDMEEPIDEMIEN- INNVIRKNING PÅ KVINNEHELSEN

1030-1115: Fedme- epidemien i sin alminnelighet

Overlege/Avdelingsleder Jøran Hjelmeseeth, Fedmesenteret, SiV

1115-1200: Fedme- epidemien fra et infertilitetssynspunkt

Professor Tom Tanbo, OUS

1200-1300: Lunsj

1300-1345: Fedme- epidemien og graviditeten

Professor Tore Henriksen, OUS

1345-1430: Fedme- epidemien og forløsnings situasjonen.

Overlege Anne Flem-Jacobsen, OUS

1430-1515: Fedme- epidemien, trening, kost og ernæring

Ernæringsfysiolog Kristin Kardel, I. Amanuensis, PhD, OUS

1515-1545: Pause

1545-1630: Fedme- epidemien og kreftsykdommer

LIS Kristina Lindemann, PhD, DNR/ OUS

1630-1715: Fedme- epidemien fra et samlet folkehelse/helseøkonomisk aspekt

Divisjonsdirektør Knut-Inge Klepp, Helsedirektoratet

På kvelden: sosialt samvær

Fredag 20. april 2012

KOSTNAD-NYTT I DAGENS HELSEVESEN. VI SER PÅ KORREKT/KUNNSKAPSBASERT RESSURSBRUK.

0900-0945: Å gjøre det riktige til riktig tid på riktig sted.

Betraktninger ved Professor Terje Hagen, Senter for Helseledelse, UiO

0945-1015: Kontroll av kreftpasienter

Overlege Ingvild Vistad, Sykehuset Sørlandet

1015-1045: Kontroll av cyster/ Ca 125

Overlege Seth Granberg, Ahus

1045-1115: pause

1115-1145: Svangerskapskontroller

Toril Kolås, avdelingsoverlege, Sykehuset Innlandet, Lillehammer

1145-1230: Overtidskontroller og induksjoner av gravide:

Professor Pål Øian, UNN

1230-1330: Lunsj

GYNEKOLOGISK-KIRURGISK SESJON

1330-1415: Trachelectomi ved cervixcancer:

Overlege Gunnar B. Kristensen, DNR/OUS

1415-1500: Den "kirurgiske endometriosepasienten"

Overlege Anton Langebrekke, OUS

1500-1545: Descens: Tradisjonelle plastikker uten bruk av syntetisk nett. Resultatovervåning.

Overlege Ellen Borstad, OUS

1545-1600: Evaluering og avslutning.

Kongresskalender

Se www.legeforeningen.no/ngf

2012

World Congress on Gynecological endocrinology ISGE

07. mars - 10. mars 2012. Firenze, Italia

2nd International conference in Obstetrics and Gynecology in Palestine

14. mars - 16. mars 2012. Betlehem, Palestine

9th Congress on Menopause and Andropause

28. mars - 31. mars 2012. Athens Greece

Controversies in Obstetric Doppler

14. april - 15. april 2012. Cambridge, UK

Vårmøte i NGF

19. april - 20. april 2012. Oslo, Noreg

22nd Congress EBCOG

09. mai - 12. mai 2012. Tallin, Estland

Infertilitet - fra diagnose til behandling

10. mai 2012 Oslo

The 2nd International Meeting on Cardiac Problem in Pregnancy

17. mai - 20. mai 2012. Berlin, Tyskland

The 10th International Scientific Congress, RCOG

05. juni - 08. juni 2012. Kuching, Sarawak, Malaysia

Imprinting the future, European Congress in Perinatal Medicine

13. juni - 16. juni 2012. Paris, Frankrike

NFOG kongress

16. juni - 19. juni 2012. Bergen, Noreg

Myths and misconceptions versus evidence on contraception. The European Society of Contraception and Reproductive Health

20. juni - 23. juni 2012. Athen, Hellas

2012

Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility

19. juli - 22. juli 2012. Singapore

37th annual Meeting, IUGA

04. september - 08. september 2012. Brisbane, Australia

22nd World Congress on Ultrasound in OBGYN

09. september - 12. september 2012. København, Danmark

FIGO World Congress

07. oktober - 12. oktober 2012. Roma, Italia

Unwanted pregnancy - a fact of life, FIAPAC Congress

19. oktober - 20. oktober 2012. Edinburgh, Skottland

1st Nordic Congress on Obesity in Gynecology and Obstetrics

22. oktober - 24. oktober 2012. Billund, Danmark

Årsmøte NGF

25. oktober - 27. oktober 2012. Tromsø

Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility

08. november - 11. november 2012. Lisboa, Portugal

XIVth Advanced Course in Obstetrics for Scandinavian Obstetricians

19. november - 21. november 2012. London, Royal College of Obstetrics and Gynaecology

2013

1st Global Conference on Contraception, Reproductive & Sexual Health

22. mai - 25. mai 2013. København, Danmark

10th Congress, European Society of Gynecology

19. september - 23. september 2013. Brussel, Belgia

Visanne®

Dienogest



C1 Visanne «Bayer AB» Progestogen. ATC-nr.: G03D

TABLETTER 2 mg: Hver tablett inneh.: Dienogest. 2 mg, lactos. monohydr. 62,8 mg, const. q. s.1

Indikasjoner: Til behandling av endometriose.

Dosering: 1 tablett daglig, helst til samme tid hver dag og med litt væske etter behov. Tablettene skal tas uten opphold, uavhengig av vaginal blødning. Neste pakning påbegynnes uten opphold. Ingen erfaring med behandling utover 15 måneder. Behandling kan igangsettes hvilken som helst dag i menstruasjonssyklus. Enhver hormonell prevensjon må seponeres først. Dersom prevensjon er nødvendig skal ikke-hormonelle prevensjonsmetoder benyttes (f.eks. barrieremetode). Redusert effekt ved uteglemt tablett, oppkast og/eller diaré (inntil 3-4 timer etter inntak). Ved én eller flere uteglemt tabletter tas 1 ny tablett. Barn og ungdom: Ikke indisert til barn før menarke. Sikkerhet og effekt hos ungdom (fra menarke til 18 år) er ikke fastlagt. Eldre: Ingen relevant indikasjon. Nedsatt nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig. Administrering: Oral bruk. Kan tas med eller uten mat.

Kontraindikasjoner: Behandlingen seponeres umiddelbart hvis noen av nevnte tilstander oppstår. Aktiv venøs tromboembolisme. Nåværende eller tidligere arteriell og kardiovaskulær sykdom. Diabetes mellitus med vaskulære risikofaktorer. Tidligere eller eksisterende alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke har normalisert seg. Tidligere eller eksisterende levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte kjønnsormonnavhengige maligniteter. Udiagnostisert vaginalblødning. Overfølsomhet for innholdstoffene.

Forsiktighetsregler: Dersom noen av tilstandene/risikofaktorene nevnt nedenfor er til stede eller forverres, bør en individuell nytte-/risikostyring gjennomføres før behandling igangsettes eller gjenopptas. Uterin blødning kan forverres ved bruk, ved adenomyosis uteri eller uterin leiomyom. Dersom blødningen er kraftig og vedvarer, kan det føre til anemi (alvorlig i noen tilfeller). Ved anemi bør seponering vurderes. De fleste får endret blødningsmønster. Ved hypertensjon er risiko for slag potensielt noe høyere ved bruk av preparater som kun inneholder progestogen. Kan foreligge økt risiko for venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme) ved bruk av preparater som kun inneholder progestogen. Risikofaktorer for venøs tromboembolisme (VTE) inkluderer positiv familiehistorie (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder) eller personlig sykehistorie, alder, fedme, langvarig immobilisering, omfattende kirurgi eller alvorlig traume. Ved langvarig immobilisering er seponering anbefalt (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før inngrep), og behandlingen skal ikke gjenopptas før 2 uker etter en fullstendig rehabilitering. Økt risiko for tromboembolisme i puerperium må vurderes. Behandling stanses umiddelbart ved symptomer på eller mistanke om arteriell eller venøs trombotisk hendelse. Svak økt relativ risiko for brystkreft (fortrinnsvis ved bruk av både østrogen og progestogen). Økt risiko reduseres gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Sjeldne tilfeller av benigne levertumorer, og enda sjeldnere maligne levertumorer, er observert. Slike tumorer har ført til livstruende intraabdominale blødninger i enkelte tilfeller. Levertumor bør vurderes som differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, leverforstørrelse eller tegn på intraabdominal blødning. Ved økt risiko for osteoporose bør en nøye nytte-/risiko-vurdering foretas før behandling igangsettes. Ved tidligere depresjoner bør pasienten observeres nøye, og dienogest bør seponeres dersom depresjonen vender tilbake i alvorlig grad. Påvirker vanligvis ikke blodtrykk, men ved klinisk signifikant hypertensjon anbefales seponering og behandling av hypertensjon. Tilbakevendende kolestatisk gulsott og/eller pruritus som oppsto første gang under svangerskap eller tidligere bruk av kjønnssteroider, krever seponering. Kan påvirke insulinresistens og glukosetoleranse. Ved diabetes, særlig tidligere svangerskapsdiabetes, anbefales nøye overvåking. Kloasme kan av og til forekomme, særlig ved tidligere kloasme under graviditet. Ved tendens til kloasme bør sølly og UV-stråling unngås. Ektopisk graviditet er mer sannsynlig ved bruk av preparater med kun progestogen enn ved bruk av kombinasjonspreparater. Ved ekstruterin graviditet i sykehistorien eller problemer med egglederfunksjonen, skal preparatet derfor kun brukes etter grundig vurdering av fordeler og ulemper. Vedvarende ovariefollikler kan oppstå. De fleste av disse cystene er asymptomatiske, men noen kan være ledsaget av bekkenmerter. Inneholder laktose, noe som bør tas hensyn til ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvelig laktasemangel (lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon.

Interaksjoner: Induktorer eller hemmere av CYP 3A4 kan påvirke metabolismen. Fenytin, barbitu-

rater, primidon, karbamazepin, rifampicin og mulig også okskarbazepin, topiramid, felbamid, griseofulvin, nevirapin og produkter med johannesurt (*Hypericum perforatum*) kan føre til økt clearance av kjønnsormoner, bivirkninger (f.eks. endret uterin blødningsprofil) og nedsatt terapeutisk effekt. Maks. enzyminduksjon observeres vanligvis ikke før etter 2-3 uker, men kan da vedvare i minst 4 uker etter avsluttet behandling. Soppmidler av azolypen (ketokonazol, itraconazol, flukonazol), cimetidin, verapamil, makrolider (erytromycin, klaritromycin og roksitromycin), diltiazem, proteasehemmere (ritonavir, sakonavir, indinavir, nelfinavir), antidepressiver (nefazodon, fluvoksamin, fluoksetin) og grapefruktjuice kan øke plasmanivået av progestogen og føre til bivirkninger. Klinisk relevant interaksjon med cytokrom P-450-enzymmediert metabolisme av andre legemidler er lite sannsynlig. Forskrivningsinformasjon for andre legemidler som gis samtidig, må konsulteres for å avdekke potensielle interaksjoner. Biotilgjengelighet påvirkes ikke ved inntak av et standardisert måltid med høyt fettinnhold.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Begrensede data. Skal ikke gis, da det ikke er nødvendig å behandle endometriose under graviditet. Overgang i morsmelk: Ukjent. Behandling anbefales ikke under amming. Fordeler ved amming for barnet veies mot fordeler av behandling for moren før det besluttes om amming skal opphøre eller behandlingen avsluttes. Fertilitet: Ovulasjon hemmes ved de fleste. Ved behov for prevensjon, skal ikke-hormonell metode brukes. Menstruasjonsyklus tilbake til normalt innen 2 måneder etter avsluttet behandling.

Bivirkninger: Bivirkninger opptrer hyppigere de første månedene etter behandlingsstart, og avtar ved fortsatt behandling. Endret blødningsmønster, sporblødninger, uregelmessige blødninger eller amenoré kan oppstå. Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme, magesmerter, flatulens, abdominal distensjon, oppkast. Hud: Akne, alopeci. Kjønnsorganer/bryst: Ubekvemhet i brystet, ovariecyster, hetetokter, uterin/vaginal blødning inkl. sporblødninger. Muskel-skjelettsystemet: Ryggmerter. Nevrologiske: Hodpine, migrene. Psykiske: Nedstemthet, søvnforstyrrelse, nervøsitet, tap av libido, humørendringer. **Stoffskifte/ernæring:** Vektøkning. Øvrige: Asteniske tilstander, irritabilitet. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Blod/lymfe: Anemi. Gastrointestinale: Diaré, obstipasjon, abdominal ubekvemhet, gastrointestinal betennelse, gingivitt. Hjerne/kar: Uspesifikke sirkulatoriske lidelser, palpitasjoner, hypotensjon. Hud: Tørr hud, hyperhidrose, pruritus, hirsutisme, onychoclasia, flass, dermatitt, unormal hårvekst, fotosensitivitetsreaksjon, pigmentforstyrrelser. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal candidiasis, vulvovaginal tørrhet, genital utflod, bekkenmerter, atrofiisk vulvovaginit, brystkneuter, fibrocystisk brystsykdom, indurasjon i bryst. **Luftveier:** Dyspne. Muskel-skjelettsystemet: Skjelettsmerter, muskelspasmer, smerter i ekstremiteter, tyngdefølelse i ekstremiteter. Nevrologiske: Ubalanse i autonomt nervesystem, konsentrasjonsvansker. Nyre/urinveier: Urinveisinfeksjon. Psykiske: Angst, depresjon, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Vektreduksjon, økt appetitt. Øre: Tinnitus. Øye: Tørr øyne. Øvrige: Ødem.

Overdosering/Forgiftning: Akutte toksisitetsstudier indikerer ikke noen fare for akutte bivirkninger. Daglig inntak av 20-30 mg dienogest (10-15 ganger høyere enn vanlig dose) i over 24 uker ble svært godt tolerert. Behandling: Intet spesifikt antidot.

Egenskaper: Klassifisering: Nortestosteronderivat uten androgen aktivitet, men med antiandrogen aktivitet som tilsvarende ca. 2 av den cyproteronacetat har. Virkningsmekanisme: Reduserer endogen produksjon av østradiol og undertrykker trofiske effekter av østradiol på eutopisk og ektopisk endometri. Vedvarende behandling med dienogest gir hypøstroget, hypergestasjon endokrint miljø som gir decidualisering av endometrievev etterfulgt av atrofi av endometriske lesjoner. Absorpsjon: Raskt og nesten fullstendig. C_{max}: 47 nanogram/ml. T_{max}: Ca. 1,5 timer. Biotilgjengelighet: Ca. 91%. Proteinbinding: 90%, ikke-spesifikt til albumin. 10% er frie steroider. Fordeling: Distribusjonsvolum: 40 liter. Halveringstid: Ca. 9-10 timer. Serumnivået avtar i 2 faser. Halveringstid til metabolitter i urin: 14 timer. Steady state nås etter 4 dager. Cl/F: 64 ml/minutt. Metabolisme: Hovedsakelig via CYP 3A4. Utskillelse: Utskilles i urin og feces i forholdet ca. 3:1 etter administrering av 0,1 mg/kg.

Andre opplysninger: Visse resultater av laboratorietester inkl. biokjemiske parametre for lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjon, plasmanivåer av proteiner, f.eks. kortikosteroidbindende globulin og lipid-/lipoproteinfraksjoner, parametre for karbohydratmetabolisme, koagulasjon og fibrinolyse kan påvirkes.

Pakninger og priser: 1 x 28: kr 452,30 (nov. 2011) 3 x 28: kr 1286,80 (nov. 2011)

Sist endret: 23.09.2011

Referanser:

1. Strowitzki T. et al. Eur J Obst Gynecol Reprod Biol 2010;151:193-198
2. Kohler G et al. Int J Gynecol Obstet 2010;108:21-25



Bayer HealthCare

Bayer AS, Drammensveien 147 B, 0212 Oslo,
Telefon 2411 1800, Telefaks 2411 3933

Visanne®

Visanne®

Dienogest



- Signifikant reduksjon av endometriose-assosiert bekkenmerte¹
- Færre endometrioselesjoner²

Indikasjon: Til behandling av endometriose.

Dersom prevensjon er nødvendig skal ikke-hormonelle prevensjonsmetoder benyttes (f.eks. kondom)

Dosering: 1 tablett (2 mg) daglig.

Kontraindikasjoner: Visanne® skal ikke brukes hvis noen av tilstandene nedenfor er tilstede:

- aktiv venøs tromboembolisme
- nåværende eller tidligere arteriell og kardiovaskulær sykdom
- diabetes mellitus
- tidligere eller eksisterende leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke har normalisert seg

Bivirkninger forekommer hyppigere i de første månedene etter behandlingsstart, og avtar ved fortsatt behandling. De hyppigst rapporterte bivirkningene ved behandling med Visanne® er:

- hodepine (9%)
- ubehag i brystet (5,4%)
- nedstemthet (5,1%)
- akne (5,1%)

For fullstendig oversikt, se felleskatalogtekst.

Visanne®



Bayer HealthCare