

24-3
2011

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



ÅRSMØTEUTGAVEN 2011

Ålesund 8.-10. september

■ Årsrapporter s. 8 ■ Program s. 29 ■ Abstrakts s. 36 ■



Folk syns nok at jeg er en dårlig matmor.

Vesicare reduserer antallet episoder med urgency hos pasienter med overaktiv blære. De klarer å holde seg lenger og antallet inkontinensepisoder reduseres.¹ Riktig behandling kan forenkle hverdagen for disse pasientene og en enkel aktivitet som å gå tur med hunden kan fortsatt være enkel.



C Vesicare Urologisk spasmolytikum. ATC-nr.: G04B D08 TABLETTER, filmdrasjerte **5 mg og 10 mg**: Hver tablett inneh.: Solifenacinsuksinat 5 mg, resp. 10 mg tilsv. solifenacin 3,8 mg, resp. 7,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering: Voksne inkl. eldre:** 5 mg 1 gang daglig. Dosen kan økes til 10 mg 1 gang daglig etter behov. **Barn og unge:** Sikkerhet og effekt er foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert. Bør derfor ikke brukes til barn. **Nedsatt nyrefunksjon:** Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance ≤ 30 ml/minutt) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. Tablettene kan tas uavhengig av mat og bør svelges hele med vann. **Kontraindikasjoner:** Urinretensjon, alvorlige gastrointestinale sykdommer (inkl. toksisk megacolon), myasthenia gravis eller trangvinklet glaukom og hos pasienter som står i fare for å utvikle disse sykdommene. **Overfølsomhet for virkestoffet eller et eller flere av hjelpestoffene.** Hemodialysebehandling. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller moderat nedsatt leverfunksjon som behandles med en potent CYP 3A4-hemmer, f.eks. ketokonazol. **Forsiktighetsregler:** Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes før behandling med Vesicare innledes. Ved urinveisinfeksjon bør egnet antibakteriell behandling innledes. Brukes med forsiktighet av pasienter med klinisk betydelig blæreobstruksjon med risiko for urinretensjon, gastrointestinale obstruktive sykdommer, risiko for nedsatt gastrointestinal motilitet, alvorlig nedsatt nyrefunksjon, moderat nedsatt leverfunksjon, hiatushernie/gastroesofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av øsofagitt, autonom nevropati. Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av en potent CYP 3A4-hemmer. Sikkerhet og effekt er ennå ikke undersøkt hos pasienter med en nevrogen årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for heredittær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, somnolens og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med solifenacin for en annen antikolinerg behandling innledes. Solifenacins terapeutiske effekt kan bli redusert ved samtidig administrering av kolinerge reseptoragonister. Solifenacin kan redusere virkningen av midler som stimulerer den gastrointestinale motiliteten, f.eks. metoklopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres av CYP 3A4. Derfor bør maks. solifenacin-dose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, neflavinir, itraconazol). **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. **Overgang i morsmelk:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Klasespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørretthet er sett hos 11% behandlet med 5 mg 1 gang daglig og hos 22% behandlet med 10 mg 1 gang daglig. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Munntørretthet. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. Syn: Tåkesyn. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Gastroesofageale refluks sykdommer, tørr hals. Hud: Tørr hud. Infeksiøse: Urinveisinfeksjon, cystitt. Luftveier: Nasal tørrhet. Nevrologiske: Somnolens, dysgeusi. Syn: Tørr øyne. Urogenitale: Vannlatingbesvær. Øvrige: Tretthet, perifer ødemer. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/1000$):** Gastrointestinale: Obstruksjon i colon, fekal impaksjon. Urogenitale: Urinretensjon. **Svært sjeldne ($< 1/10000$):** Gastrointestinale: Oppkast. Hud: Erythema multiforme, kløe, utslett, urticaria. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Hallusinasjoner, forvirringstilstand. Etter markedsføring: QT-forlengelse, «torsades de pointes». **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Overdosering kan potensielt føre til alvorlige antikolinerge effekter. Høyeste dose som ved et uhell ble gitt til en pasient, var 280 mg i løpet av 5 timer. Det førte til mentale endringer som ikke krevde sykehusinnleggelse. **Behandling:** Ved overdosering bør aktivt kull gis. Ventrikkelskylling kan være nyttig dersom den gjennomføres innen 1 time, men det bør ikke fremkalles brekninger. Symptomatisk behandling. En bør ved overdosering være spesielt oppmerksom på pasienter med kjent risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for å forlenge QT-intervall) og relevante eksisterende hjertesykdommer (f.eks. myokardiskemi, arytm, kongestiv hjertesvikt). Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D08 side d. **Pakninger og priser** (pr. 01.01.2010): **5 mg:** 30 stk. 385,60 kr., 90 stk. 1086,70 kr., 100 stk. 1203,50 kr. **10 mg:** 30 stk. 472,70 kr., 90 stk. 1348,10 kr., 100 stk. 1494 kr. **T: Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode: ICPC:** U04 Urininkontinens **ICD:** N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vilkår:** Ingen spesifisert. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 20.11.2009. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 16.09.2010. Astellas Pharma, Solbråveien 47, N-1383 Asker. Tlf: +47 66 76 46 00. Faks: +47 66 90 35 20. kontakt@no.astellas.com. www.astellas.no. **Referanse:** 1. Karam et al. urology, volume 73, number 1, January 2009, p. 14-18.

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

Runa Sigrud Aabø
Sandvika Spesialistsenter
E-mail: raa@sandspes.no
Tlf: 41 51 87 15

Medredaktør

Tom Seeberg
Spesialistpraksis, Tønsberg
E-mail: tomseebe@online.no
Tlf: 909 13 464

Redaksjonsmedlemmer

Kristin Skogøy
Nordlandssykehuset HF
E-mail: kristin.skogoy@nlsh.no
Tlf: 952 75 910

Margit Steinholt
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen
E-mail: Margit.Steinholt@sasyk.nl.no
Tlf: 993 55 760

Anne Zandjani
Ski Spesialistsenter
E-mail: az@skispes.nhn.no
Tlf: 926 43 680

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

Susanne Woerner

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2011

nr 4; 1. oktober

Innhold

■ Redaktøren	4
■ Leder	5
■ Årsmøte	
NGFs representanter 2010	6
Årsrapport NGF	8
Årsrapport Kvalitetsutvalget	10
Årsrapport NPE/NGF	10
Årsrapport Laparoscopiutvalget	11
Årsrapport STAN	14
Årsrapport Spesialitetskomiteen	15
Årsrapport NFGO	16
Årsrapport NFOG's Educational Board	18
Årsrapport NGF økonomi	19
Årsrapport FUGO	23
Årsrapport EBCOG	24
Generalforsamling NGF 2011	28
Program NGF Årsmøte	29
■ FUGO	
Kjære FUGO medlemmer!	26
Generalforsamling, FUGO 2011	27
■ Abstrakt	
Abstaktsamling	36
■ Kurs/kongress	
Kongresskalender	59



24-3
2011



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2010-2011

Leder	Bjørn Backe	NTNU, Kvinneklinikken St.Olavs Hospital	bjorn.backe@ntnu.no	900 35 427
Nestleder	Knut Hordnes	Spesialistpoliklinikken, Hospitalet Betanien, Fyllingsdalen	knut.hordnes@uib.no kevin.s.oppegaard@helse-finnmark.no	915 38 874
Vitenskapelig sekretær	Kevin Sunde Oppegaard	Gyn. avdeling, klinikk Hammerfest	helse-finnmark.no	78 42 10 00
Kasserer	Torill Kolås	Sykehuset Innlandet Lillehammer	toril.kolaas@c2i.net	911 55 703
Styremedlem og Redaktør Gynekologen (PSL)	Runa S. Aabø	Sandvika Spesialistsenter	raa@sandspes.no	415 18 715
Sekretær (FUGO)	Marte Myhre Reigstad	Ringerike sykehus, Hønefoss	martereigstad@gmail.com	990 02 294
Varamedlem	Synnøve Lian-Johnsen	Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus	synnove.johnsen@helse-bergen	909 57 029
Varamedlem (for PSL)	Jørn-Hugo Karlsen	Privatpraksis, Tønsberg	jorn.h@bluezone.no	950 20 854
Varamedlem (for FUGO)	Erik Andreas Torkildsen	Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssjukehus	toea@sus.no	926 01 220

- Runa Sigrød Aabø
- Sandvika Spesialistsenter
- raa@sandspes.no

Ta utfordringen



Det stunder mot et nytt årsmøte, og samlingssted i år er Ålesund - en av landets vakreste byer. Jugendstilarkitekturen vil bidra til å sette en flott ramme rundt begivenheten. Styret og LOK ønsker velkommen til utbytterike dager.

På årets generalforsamling skal det velges nytt styre. I tillegg har foreningen behov for ny redaktør av Gynekologen. De siste fire år har dette vært en styreoppgave. Etter omorganiseringen i Legeforeningen og dannelse av fagmedisinske foreninger, har arbeidsbelastningen for styremedlemmene økt betraktelig. Det ansees derfor som mest hensiktsmessig å fristille redaktøren av medlemsbladet. Det innebærer å gå tilbake til ordningen vi hadde tidligere med møterett i alle styremøter, men hvor man får konsentrert arbeidet om medlemsbladet.

Styret mener at Gynekologen fortsatt bør opprettholdes. Medlemsbladet har enda funksjon som informasjonsformidler og debattorgan, selv om foreningen har en meget velfungerende nettside.

Å få være med og utforme den "nye" Gynekologen har vært spennende og lærerikt. Vi har fått etablert et samarbeid med profesjonelle aktører som står for grafisk design og annonsesalg, og det meste av arbeidet er nå av redaksjonell karakter. Engasjerte kolleger har vært svært villige til å komme med bidrag, og her er store muligheter til å påvirke for den som føler seg kallet.

NGF er i FAME-sammenheng en av de mest aktive foreningene. Vi er velorganisert og har gjennomslagskraft. For å opprettholde aktivitetsnivået og beholde vår posisjon er det viktig at medlemmene stiller opp og tar sin del av dugnadsarbeidet. Det har vært et privilegium å få være med og gjøre en innsats, og man får mye igjen i form av læring og ikke minst et utvidet kontaktnett.

Så tar du utfordringen og overtar stafettpinnen - eller har du en god kollega du mener burde egne seg - ikke nøl med å melde fra.

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

STAN-GRUPPEN

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

LAPAROSKOPIUTVALGET

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

NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

GYNEKOLOGEN

Runa S. Aabø, Tom Seeberg, Kristin Skogøy, Margit Steinholt, Anne Zandjani.

KVALITETSUTVALGET

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

FUGO

Erik Andreas Torkildsen (2010/2011), Sjur Lehmann (2011/2012), Kristine Kleivdal (2010/2011), Christian Tappert (2011/2012), Pawel Wilkosz (2010/2011) og Marte Myhre (2011/2012)

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 Bø Engelsen, Trond Melby Michelsen, Hilde Sundhagen (vara), Knut Hoff Kierulf (vara), Sjur Lehmann (vara).

NFGO

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

EBCOG (For 2010-2011):

Bjørn Backe, Runa Aabø (PSL/NGF), Rolf Kirschner (EXEC)

NFOG'S NEMNDER

Tone Skeie Jensen (etterutdanning), Knut Hordnes (vitenskapelig komite)

Om media, og årsmøtet



Den umiddelbare årsak til at jeg tar opp media er at jeg nylig ble så helt uvanlig inspirert til å avreagere etter en plagsom runde med en pågående journalist. Det er ikke lett å venne seg til at den du snakker med, ikke tror på deg!

Media har for lengst mistet sin uskyld. Merk dere det som har skjedd siste halvår: Tre skandalesaker er rullet opp: TV2s reportasje om den kontrollerte randomiserte studien av adrenalin ved hjertestans, legevaktsaken i Oslo og kirurgsaken i Bodø. Her har aviser/ tv gjort grove feil/overtramp, dette viser at medias samfunnsansvar er et tema som egner seg best for festtalene. Virkeligheten er at media deler ut rollene. Du er enten skurk eller helt. Dersom du ikke skjønner hvilken rolle du har når de snakker med deg, kan det gå riktig ille. Derfor er det første bud å oppfatte situasjonen rett (OBS! sleipe journalister prøver å lure deg, de er ikke mer ærlige enn bilselgere og eiendomsめklere).

Skurkerollen er rimeligvis mer plagsom enn helterollen. Som gynekolog har du gode sjanser til å få prøve skurkerollen. Skurken har i utgangspunktet tapt. Det er bare å prøve å gjøre det beste ut av situasjonen. Har noe gått galt så vær en angrende synder

og vis empati. Blir du hengt ut er det en god trøst at neste dag brukes avisen til å pakke inn fisk. Ingen leser gamle aviser, og få husker hva de leste i går.

Som skurk må du vite at alt du sier vil bli brukt mot deg hvis det går an. Derfor er det lurt å si så lite som mulig, og i alle fall ikke diskutere det som skjedde med journalisten. Det er ingen grunn til å stole på dem. De har sin historie ferdig konstruert allerede og vil ikke endre den, de trenger bare litt fyllstoff. Alt du sier vil bli sortert slik at de brokkene som passer inn i deres historiefremstilling blir brukt, og resten forkastet. Moralene er å si minst mulig. Diskusjon og løsprat med journalisten for eksempel på vei til møterommet før intervjuet tar til, er risikabelt.

Dreier det seg om pasienter hvor noe har gått galt er nederlaget komplett. Vi er i praksis avskåret fra å fortelle hva som "egentlig" skjedde, taushetsplikten er en hindring. Selv om pasienten/pårørende kan tenkes å løse deg fra taushetsplikten er det ikke sikkert at pasienten vet hva du vet om henne. Så pasientens eller journalistens fremstilling av saken kan ikke og bør ikke korrigeres eller diskuteres. Man kan forsiktig si at man ikke kjenner seg helt igjen, men lite utover det.

Når du derimot har rollen som helt, har du det bedre. Da er media kanskje ute etter å lage helsestoff og journalisten trenger voksenopplæring, og du kan diskutere og dosere av hjertens lyst. Men noen begrensninger må man ha: Ikke kommenter praksis ved andre avdelinger eller noe som har skjedd et annet sted, med mindre du kan si noe positivt. For eksempel kan du si positive ting om de som makter å holde keisersnittsratene lave! Og blir du

kontaktet om noe som er gått galt ved en annen avdeling, for eksempel om noen som har mistet et barn i intrauterin fosterdød, så la deg ikke lure til å kommentere det. Ikke kjenner du detaljene, og ikke kan du stole på at det du får vite, faktisk stemmer. Og vit at det du sier blir brukt mot noen! Derfor, ligg lavt og la Helsetilsynet eller andre gjøre jobben sin.

Så folkens, mens dere brunes i sommersola og lader batteriene før årets viktigste møte: Når vi tar rollen som mediahelter så må vi gjøre det uten å si noe som går ut over andre kolleger. I praksis kan det bety å si "jeg har ingen kommentar", og det er faktisk heller ikke nødvendig å forklare hvorfor du ikke har noen kommentar.

Så det viktigste og triveligste: Årsmøtet i Ålesund! Prognosene tyder på god oppslutning. Vitenskapelig sekretær melder om et rekordstort antall frie foredrag. Dette er særdeles positivt, og demonstrerer at gyn obst faget i Norge er i en god fase. Det spirer og gror rundt omkring, rekrutteringen er god og det forskes mer enn noen sinne.

Foredragene kan være så gode som de vil, paradokset er at det faktisk godt kan tenkes at pausene eller den uformelle delen av møtet blir den viktigste delen av møtet for deg! Når folk skal fortelle fra kurs og møter de har vært på, er det ofte slik at vedkommende med glød i stemmen forteller at i Bergen eller på Ullevål gjør de det sånn, fordi det var det en som fortalte i en pause, osv osv. Slik uformell læring er viktig, ta vare på de anledningene du får til å lytte/diskutere/lære av andres erfaringer!

— Så folkens: Velkommen til Ålesund! Sats på å delta aktivt både faglig og sosialt! Du skal ikke se bort fra at du vender hjem som et nytt og bedre menneske.

NGFs representanter 2010

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITÉER

STAN-GRUPPEN

Styret (består av tre faste leger):

Tore Henriksen (Rikshospitalet, leder)
Branislava (Branka) MYli (Rikshospitalet)
Torunn Eikeland (Helse-Fonna HF,
Haugesund)

Medlemmer (1 lege og 2 jordmødre) som
byttes ut etter 2 år (2007-2009):

Jørg Kessler (Haukeland)

Universitetssykehus)

Berit Lunden Hustad, Fagutviklingsjordmor,
Sørlandet sykehus Kristiansand
(Jordmorforbundet Norsk
Sykepleierforbund)

Winnie Dragnes, Fagutviklingsjordmor, føde
avdelingen Akershus Universitetssykeus,
(Den Norske Jordmorforening)

Sist oppnevnt: 2010

Funksjonstid: til 2012

Mandat:

1) Være ansvarlig for kapitlene om
fosterovervåking i den reviderte "Veileder
i fødselshjelp 2005".

2) Bidra til kollegial læring og forbedring
mht bruk av STAN metoden nasjonalt.
Dette innebærer at kolleger kan sende
STAN registreringer til gruppen for
diskusjon, vurdering og kommentarer.

3) Være med på planleggingen det årlige
erfaringsmøte som er for alle som bruker
STAN overvåking.

Gruppen er ikke et sakkyndig organ,
men en læringsinstans. Vurderinger og
kommentarer er således ikke en del av
pasientens journal.

LAPAROSKOPIUTVALGET

Medlemmer:

Jostein Tjugum leiar, Marit Lieng, Anton
Langebrekke, Andreas Putz, Ellen Folkestad

Funksjonstid: inntil videre

Mandat: Oppdraget til utvalget var å
etablere et komplikasjonsregister for
laparoskopisk kirurgi, vurdere registerets
drift og eie innholdet på vegne av
NGF Registeret (Norsk Gynekologisk
Laparoskopisk Register, NGLR) eies av
Sentralsykehuset i Vestfold HF, men er faglig
underlagt Laparoskopikutvalget..

NETTREDAKSJONEN

Mette Løkeland

Sist oppnevnt: 2010

Funksjonstid: 4 år

GYNEKOLOGEN

Redaktør: Runa S. Aabø

Redaksjonsmedlemmer: Tom

Seeberg, Kristin Skogøy, Margit Steinholt,
Anne Zandjani.

Sist oppnevnt: 2009

Funksjonstid: 2 år

Mandat: Ikke formalisert

KVALITETSUTVALGET

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

Sist oppnevnt: 2011

Funksjonstid: 4 år.

Mandat: ikke angitt

FUGO

Erik Andreas Torkildsen (2010/2011), Sjur
Lehmann (2011/2012), Kristine Kleivdal
(2010/2011), Christian Tappert (2011/2012),
Marte F Myhre (20011/2012), Pawel
Wilkosz (2010/2011).

Funksjonstid: Velges for to år, og sitte i
maksimalt 4 år.

Mandat: Stiftet 1998. FUGO har egne
vedtekter og organiseres uavhengig
av moderforeningen NGF. Mandatet
uttrykkes i vedtektenes §2: 1. Å fremme
utdanningskandidatenes interesser under
spesialistutdanningen. 2. Internasjonal
samarbeid gjennom ENTOG og NFOG.

NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

Sist oppnevnt: 2004

Funksjonstid: ikke begrenset. Utvalget
er aktivt.

Mandat: Bearbeide det erfaringsmateriale
som ligger i NPE innen vårt fagfelt for å
se om dette kan utnyttes på en fornuftig
måte. Det er avholdt et seminar på
årsmøtet til NGF i 2006, det er skrevet
en artikkel i Tidsskriftet og det arbeides
med nye artikler og laget kurs for
sakkyndige. Utvalget har søkt og fått
innvilget kr 300.000 fra Kvalitetsfondet
i Legeforeningen til videre bearbeidelse
av erfaringsmaterialet som ligger i NPE. I
februar/mars 2008 utlyser NPE en (eller
to) 40% (eller 20%) stipendiatstillinger i
Tidsskriftet.

REVISJONSKOMITE – PROSEDYREKODER I SPESIALISTPRAKSIS

Hilde Sundhagen, Oskar Johan Skår

Sist oppnevnt: 2006

Funksjonstid: 2010

Mandat: Vurdere bruk av prosedyrekoder
for ikke kirurgisk virksomhet i privat
praksis innen fagområdet gynekologi og
obstetikk og komme med forslag til nye
prosedyrekoder innen fagområdet.

ANDRE RELATERTE INSTANSER: SPESIALITETSKOMITEEN

Nakling, Ole Jakob (leder), Engelsen,
Ingeborg Bøe, Nilsen, Ingard, Trosterud
Kari-Anne, Michelsen, Trond Melbye (YLF),
Sunhagen, Hilde (vara), Kierulf, Knut Hoff
(vara), Lehmann Sjur (vara YLF).

Sist oppnevnt: 2010

Funksjonstid: 4 år

Mandat: Sentralstyret i Legeforeningen
utnevner komiteen, som er direkte
rådgivende organ for sentralstyret i
spørsmål som omhandler utdanning.
Mandatet fremgår av "Bestemmelser
for spesialistutdanningen", Generelle
bestemmelser, §1.

NFOG

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

Sist oppnevnt: Opprettet 2005

Funksjonstid: ikke begrenset

Mandat: NFOG har egne vedtekter
vedtatt ved opprettelsen 181105, her
fremheves kun §2: Forumets mål er å
fremme kunnskap om å samarbeide innen
gynekologisk onkologi.

EBCOG

For 2010-2011:

Bjørn Backe

Runa Aabø (PSL/NGF)

Rolf Kirschner (EXEC)

Sist oppnevnt/funksjonstid/**Mandat:** se

EBCOG <http://www.ebcog.org/>

NFOG'S NEMNDER

Tone Skeie Jensen (etterutdanning), Knut
Hordnes (vitenskapelig komite)

Sist oppnevnt: 2005

Funksjonstid: 2012

Mandat: se NFOG <http://www.nfog.org/>

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 blødninger. 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 melkesyre bakterier 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

Årsrapport

Norsk Gynekologisk Forening

STYRETS SAMMENSETNING I 2010

Leder: Bjørn Backe, NTNU/Kvinneklinikken
St.Olavs Hospital

Nestleder: Knut Hordnes, Kvinneklinikken,
Haukeland Universitetssykehus

Vitenskapelig sekretær: Kevin Sunde Oppegaard,
Hammerfest sykehus

Kasserer: Torill Kolås, Sykehuset Innlandet
Lillehammer

Styremedlem (PSL) og redaktør av Gynekologen:

Runa S.Aabø, Sandvika Spesialistsenter

Sekretær (FUGO): Marte Myhre, Ringerike
sykehus, Hønefoss

Varamedlem: Synnøve Lian Johnsen

Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus

Varamedlem (for PSL): Jørn-Hugo Carlsen,

Privatpraksis, Tønsberg

Varamedlem (for FUGO): Erik Andreas

Torkildsen, Kvinneklinikken, Stavanger

Universitetssykehus

Nettredaktør: Pooja Parashar

Medlemstallet i foreningen pr juni 2010 var totalt 866 (hvorav 12 assosierte og 102 pensjonister), det var i alt 499 kvinner (57,6 %).

Styret hadde 6 møter og ett telefonmøte i 2010. To av møtene fant sted i forbindelse med NGFs arrangementer (årsmøtet i Arendal og vårkurs i april i Trondheim), et møte ble avholdt i Antwerpen 7.mai forbindelse med EBCOG kongressen og møtet i juni var i København under NFOG kongressen.

Styret behandlet i alt 45 nye saker, i tillegg til en rekke saker fra tidligere år. Faste innslag på møtene er orienteringssaker fra Legeforeningen, NFGO, EBCOG og FIGO. Varamedlemmene får tilsendt alle møteinnkallinger og referater.

2010 var et travelt år blant annet med mediapress i forbindelse med overtidssaken, lokalsykehusproblematikken og HPV saken.

Det var også uvanlig mye møtevirksomhet i EBCOG og NFOG i forbindelse med kongresser og årsmøter med valg. Styret har fulgt opp følgende saker som det ble orientert om på generalforsamlingen i Fredrikstad i 2009:

- Oppretting av internasjonal arbeidsgruppe. Det lyktes dessverre ikke å få etablert dette i 2010, men arbeidet fortsettes.
- Norsk laparoskopiregister. Jostein Tjugum og medarbeidere har jobbet med dette i nær kontakt med styret.
- Relasjon til LMI/LFH: Det er formulert regler for samarbeidet med industrien i forbindelse med møter, og slik reglene tolkes av LFH (Leverandørforeningen) lager det begrensninger for oss og opplegget for årsmøtene.
- Adgang til delvis frikjøp av leder. Styret jobbet videre med dette og et forslag om adgang til frikjøp ble vedtatt av generalforsamlingen i 2010.
- Omlegging av tidspunkt for årsmøtet til uke 43: Dette ble vedtatt på generalforsamlingen i 2010.

Kurset Fødselshjelp for jurister

ble holdt på Soria Moria 1. februar 2010. Kursledere var Bjørn Backe, Pål Øian og Bente Tautra fra Pasientskadenemnda. Kurset var godt besøkt med rundt 25 deltagere, i hovedsak jurister fra NPE og Pasientskadenemnda og privat advokatpraksis. Kurset var arrangert av NGF, teknisk arrangør var Koordinatorkontoret/ Legeforeningen, og kurset var godkjent som etterutdanningskurs for advokater.

NGFS VÅRKURS

Kurset ble holdt i Trondheim 15. og 16. april. Det var 46 påmeldte. Kurset ble sterkt påvirket av vulkanutbruddet på Island, som lammet flytrafikken fra 15. april. Dette førte til at flere kursdeltakere og

foredragsholdere ikke kunne komme, og at mange av foredragsholderene og deltakerne hadde problemer med å komme seg hjem. Kurset som ellers var vellykket vil nok bli husket for dette. Mange måtte ta i bruk ukonvensjonelle midler (Hurtigruten, buss osv) for å komme seg hjem og hadde episke hjemreiser.

MEDISINSK ABORT HOS

PRAKTISERENDE SPESIALIST

Denne saken har pågått lenge, HODs holdning er positiv og det ble satt av midler i Statsbudsjettet for 2010. HODs jurister vurderer imidlertid at det trengs en lovendring, og jobber med det. NGF følger opp.

ARKIVERING

Styret har jobbet med arkivering av gamle dokumenter og spesielt elektronisk arkivering. Referatene fra styremøtene, uttalelser og vedtak av typen instruks, mandater osv. legges nå ut i Styrommet under Min side, på Legeforeningens nettsider. Det er også gjort en innsats med å legge ut styremøtereferater fra tidligere år, og samlingen går nå tilbake til 2006. Dette gjør at fremtidige styreverv vil skaffe seg oversikt over gamle saker og vedtak, mandater og relevante dokumenter.

GYNEKOLOGEN

Utkom i 2010 med 4 nummer. Tidsskriftet vårt har etablert seg som veldrevet, med interessant og relevant innhold. Styret vedtok i løpet av året ny instruks for redaktøren. Styret besluttet også å inngå en avtale med et annonseakkvisjonsfirma (Arena) som tar på seg oppgaven med å skaffe annonser. Begrunnelsen er at medlemmene i redaksjonskomiteen som bruker sin fritid til vårt tidsskrift, bør kunne vie seg andre områder av tidsskriftsproduksjonen.

NETTSIDENE

Ble utviklet videre i 2010 av nettredeaktør Pooja Parashar som ga beskjed om at hun ønsket avløsning fra årsskiftet 2010/11. Avtalen med Arena om annonseakkvisisjon gjelder også nettesidene.

Nytt gjennombruddsprosjekt om keisersnitt Styret har jobbet med dette siden 2009, etter initiativ fra Pål Øian og Toril Kolås. Saken var opp flere ganger i løpet av 2010. Det ble våren 2010 søkt Legeforeningen om midler til et forprosjekt, med hensikt å konkretisere og detaljere hovedprosjektet.

OVERTID

Høsten 2009 tok NGF kontakt med Folkehelseinstituttet på bakgrunn av de beskyldningene Frederik Frøen hadde framsatt om norske gynekologer og NGFs Veileder i fødselshjelp. Til dels var dette utløst av mediaoppslag etter et intrauterint dødsfall, som ble utnyttet blant annet av Frøen. Etter NGFs henvendelse til direktør Geir Stene Larsen høsten 2009 ble det 29. april 2010 holdt et møt på FHI, hvor Kåre Augensen og Bjørn Backe representerte NGF. På møtet fastholdt Frøen at liv går tapt i Norge på grunn av vår håndtering av overtid, og at norske gynekologer ikke følger med i internasjonal litteratur. FHI stilte seg bak Frøens påstander, og sa at de ville sende en bekymringsmelding om saken til Hdir. Dette førte til at NGFs styre for det første bad Kvalitetsutvalget vurdere om det aktuelle kapitlet i Veileder i fødselshjelp trengte revisjon, og for det annet kontaktet Hdir og ba om et møte hvor Bjørn Backe representerte foreningen. Direktør Hans Petter Aarseth sa seg tilfreds med NGFs initiativ. Kapittelforfatterne reviderte teksten i kapitlet, en redegjørelse for saken ble gitt på generalforsamlingen i Arendal og revidert kapitteltekst ble lagt ut på nettet høsten 2010.

Overtidssaken tok mye tid for styret og for leder i 2010. Det er ikke tvil om at uttalelser til media fra medlemmer i forfattergruppen har skapt et inntrykk av uenighet og strid. Styret mener det er svært uheldig at NGFs medlemmer offentlig uttaler seg negativt til rutiner og praksis ved andre fødeavdelinger. Spesielt bør kapittelforfattere som ikke kan

innestå for den teksten de har vært med å lage, trekke seg fra forfattergruppa.

ÅRSMØTET I ARENDAL

Årsmøtet er alltid en sentral sak for styret, og går igjen på alle styremøtene. Representanter fra CIC og LOK møtte på flere av styremøtene. Årsmøtet var godt besøkt, og de tilgjengelige utstillingsarealene ble solgt. Arendals hotellkapasitet var marginal for et arrangement på denne størrelsen, noe som blant annet førte til hotellpriser som mange mente var i overkant.

ENDOKRINOLOGI FOR GYNEKOLOGER

Dette nettbaserte diskusjonsforumet ble etablert i løpet av 2010, under NGFs hjemmesider. Mette Haase Moen er primus motor.

SPESIALITETSKOMITEEN

Sentralstyret i Legeforeningen oppnevner hvert 4. år nye spesialitetskomiteer, etter forslag fra styrene i de fagmedisinske foreningene. Ved starten av året oppsto en situasjon hvor spesialitetskomiteen i gyn obst i en periode ikke fungerte. Årsaken var at den gjenoppnevnte leder Kjell Å Salvesen trakk seg kort etter at sentralstyret hadde oppnevnt ny komité, på grunn av den sammensetning komiteen fikk. Jakob Nakling ble så oppnevnt etter forslag fra NGFs styre.

KVALITETSUTVALGET

Både leder Kåre Augensen og redaktør for generell gynekologi Jan Maltau gikk av i løpet av 2010. Rolf Kirschner ble oppnevnt som ny leder og Anny Spydslaug ble oppnevnt som ny redaktør for generell gynekologi. Utvalget mangler mandat, arbeidet med å utvikle mandat og retningslinjer for arbeidet med veilederne ble startet opp i 2010

HØRINGER

Styret har i 2010 besvart en rekke høringer. Noen av de viktigste er:

- Utkast til nasjonal retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder
- Ultralyd i allmenmedisin
- Høring fra HOD om forslag til ny

kommunal helse og omsorgslov

- Informasjonssikkerhet i helseregistre
- Polycynotat - alkohol vår største rusutfordring
- Kvalitetskrav til fødeinsitusjoner
- Vedtektsendring – regionsutvalg
- Høring om modeller for faste stillinger
- Høring om ekstrakontingent lokal avdeling

NFGO

Fra juni 2010 er Gøran Berg fra Sverige ny leder, og Tone Skeie Jensen fra Norge ny generalsekretær. NFGO avsatte i 2010 betydelige midler i et fond hvor medlemmer kan søke om midler til forskning, faglige reiser og samarbeidsprosjekter i Norden. Ved først utdeling i 2010 ble det delt ut 570 000 DKK til 26 søkere. Dette er et meget positivt tiltak, nærmere info ligger på NFGOs hjemmesider.

Styret NGF v/Bjørn Backe (leder)

Årsrapport Kvalitetsutvalget

SAMMENSETNING

Leder: Kåre Augensen, Haukeland universitetssykehus

Redaktør for veilederen i gynekologisk onkologi:

Bjørn Hagen, St. Olavs hospital

Redaktør for veilederen i fødselshjelp:

Pål Øian, Universitetssykehuset Nord-Norge

Redaktør for veilederen i gynekologi:

Jan Martin Maltau, Universitetssykehuset Nord-Norge

Kvalitetsutvalgets hovedarbeid er utarbeidelse og oppdatering av fagområdets tre veiledere. Disse er Norsk gynekologisk forenings eiendom og finnes siden våren 2005 i nettbaserte versjoner; papirversjoner blir ikke utgitt. Nettsidene hvor veilederne er å finne er godt besøkte.

Ny kunnskap krever fortløpende oppdatering. Det er etablert en lenke fra Norsk gynekologisk forenings hjemmeside. Via denne kan e-post sendes lederen av kvalitetsutvalget. Slik kan medlemmene av foreningen komme med forslag til endringer og forslag til nye kapitler. Kvalitetsutvalget ønsker flere henvendelser. Dersom man er uenig i innholdet i et kapittel, er det langt å foretrekke at man foreslår en endring i stedet for ikke å følge veilederen. En rekke kapitler ble reviderte i 2010, de fleste etter initiativ fra kvalitetsutvalgets medlemmer. Hvilke kapitler som er oppdatert og når det ble gjort, finner man på foreningens

hjemmesider under "Veiledere". Der er også lenke til de gamle (utdaterte) kapitlene. Nye og reviderte kapitler kan leses og lastes ned i både word- og pdf-format og slik tilpasses lokale forhold på det enkelte sykehus.

Kapitlet om overtidig svangerskap i "Veileder i fødselshjelp" bør nevnes spesielt. Også i 2010 var der mye støy i media omkring overtid. Særlig avdelingsdirektør J. Frederik Frøen i Folkehelseinstituttet gikk ut i diverse media med en del uriktige påstander. Av de groveste var at norske gynekologer lar hele skoleklasser dø fordi vi ikke vil indusere fødsler tidligere i svangerskapet. Bjørn Backe, Pål Øian og Kåre Augensen har brukt adskillig tid på å imøtegå hans påstander, både skriftlig og i NRK-intervjuer. Bjørn Backe og Kåre Augensen var 29. april i et møte i Folkehelseinstituttet, men våre saklige argumenter og norske statistikker gjorde lite inntrykk. Den offentlige debatten og enkelte kollegers manglende etterlevelse av gjeldende retningslinjer gjorde at det ble besluttet å revidere kapitlet. Forfatterkollegiet kom 30. august 2010 til enighet om teksten. Publiseringen ble forsinket ved at Helsedirektoratet ville se kapitlet først. De sa seg fornøyd med våre nye retningslinjer som så ble lagt ut på foreningens nettsider og trådte i kraft 16. november 2010. Den viktigste endringen er at fødeavdelingene etablerer et tilbud om å overta svangerskapskontrollen en

gang mellom dag 290 og 294. Ved avvik i form av 1) estimert fostervekt < 2900-3000 g, 2) Amniotic Fluid Index ≤ 5 cm og/eller dypeste lomme ≤ 2 cm eller 3) TUL > 14 dager etter sikker termin Naegele, anbefales induksjon av fødselen. Induksjon vurderes ellers individuelt. Det er ikke satt noen øvre grense for varigheten av et normalt svangerskap. Fredrik Frøen er ikke fornøyd. Hva som videre skjer kommer i årsrapporten for 2011. Dersom Helsedepartementet ønsker å komme med direktiver om hvordan vi skal behandle våre pasienter, er det en helt ny situasjon som foreningen må ta stilling til.

Samarbeidet med Helsedirektoratet om utarbeidelse av nasjonale handlingsprogrammer for cervix-, corpus- og ovarialcancer har stått stille i 2009 fordi noen av forfatterne til kapitlene i "Veileder i gynekologisk onkologi" ikke har levert. Slike handlingsprogrammer finnes allerede for flere kreftformer.

Forfattere som ikke gjør det de skal innen rimelig tid er et tilbakevendende problem. Når dette skjer tross purringer, må nye kapitelforfattere utpekes. Det kan ikke aksepteres at noen få kolleger forsinker arbeidet med revisjon av veilederkapitler med over et år.

Bergen 6. juni 2011

Kåre Augensen

Årsrapport NPE/NGF

ANALYSE AV NPE-SAKER INNEN GYNEKOLOGI OG FØDSELHJELP

Samarbeidet startet høsten 2005 da NGF tok kontakt med NPE for å drøfte et samarbeid med tanke på læring av skadesakene i NPEs materiale. Etter at det

ble klart at man i første omgang ønsket å prioritere forskning på data fra saker innen fødselshjelp-området, har arbeidet vært videreført i nært og direkte samarbeid med professor Pål Øian, som i 2007 også bisto NPE med å søke de prosjektmidler

(NOK 300.000) som Legeforeningens Kvalitetstetssikringsfond II innvilget. Sammen med NPEs eget bidrag (NOK 100.000) har dette finansiert prosjektet.

Prosjektet har vært forsinket fordi det

gikk med uforutsett mye tid til avklaring av formalia og fordi innhenting av samtykke fra pasientene var svært tidkrevende. I den innledende fasen måtte vi også gjennom en prosess med ansettelse av ny stipendiat. Dataregistreringen ble fullført i 2009 og omfattet ca 300 medholdssaker fra fødselsskadeområdet. Materialet har senere blitt analysert. Prosjektet ble formelt avsluttet 31. desember 2010. Arbeidet med en generell artikkel om materialet er snart slutført. En artikkel om asfyksisaker er også under utarbeidelse. Artiklene planlegges publisert i internasjonale tidsskrifter.

Stipendiat i prosjektet har vært assistentlege Stine Andreasen (Kvinneklubben, Nordlandssykehuset Bodø). Professor dr. med. Pål Øian har hatt det faglige ansvaret for prosjektet og Universitetssykehuset Nord-Norge HF er behandlingsansvarlig. Medisinsk fagsjef Mads Morten Nøjd har representert NPE som "eier" av prosjektet. Som en videreføring av arbeidet med det aktuelle datagrunnlaget har stipendiaten etter søknad fått innvilget prosjektmidler for 2011 fra Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til prosjektet Svikt i fødselshjelp. Finansieringen

av det nye prosjektet skjer etter den samme fordelingsnøkkelen mellom fondsmidler og bidrag fra NPE som det opprinnelige prosjektet. Det tas sikte på å få godkjent forlengelse av prosjektet ut 2012 innenfor samme økonomiske ramme.

Oslo, 14. juni 2011

Norsk pasientskadeerstatning

Rolf Gunnar Jørstad, assisterende direktør
Mads Morten Nøjd, avdelingsdirektør

Årsrapport Laparoskopitvalget

MEDLEMMANE I UTVALET

Jostein Tjugum leiar

Marit Lieng

Anton Langebrekke

Andreas Putz

Ellen Folkestad

Knut Urdal trekte seg frå utvalet i 2010 – eige ønske

Det har vorte halde 6 telefonmøter og 2 vanlege møter frå oktober 2010 til 01 06 11

ARBEIDET HAR VORE KONSENTRERT

- Søknad om godkjenning som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister
- Innsamling og samansetjing av NGLR (Norsk gynekologisk laparoskopiregister) årsrapport 2009.
- Søknad om økonomisk støtte frå legeforeningen

Søknad til Helse Sør-Øst vedrørende vidareføring av NGLR til nasjonalt medisinsk kvalitetsregister med namnet "Norsk gynekologisk endoskopiregister" (laparoskopi + hysteriskopi) vart klar 01 02 11.

Svar kom 20 05 11 og søknaden var godkjent med økonomisk støtte til vidareutvikling som nasjonalt register. Sykehuset i Vestfold er medisinsk registeransvarleg med direkte linje til Andreas Putz og Ellen H Folkestad.

Norsk gynekologisk forening (NGF) skal sikrast/er sikra plass i registerstatuettane.

Søknad om godkjenning som nasjonalt register skal formelt avgjerast 15 06 11. Det er gitt melding om at det i 2011 truleg ikkje vert godkjent nye register. Planen er først å hjelpa dei registra som er godkjende til betre drift før nye slepp til.

Med tildelt pengestøtte er vi oppmuntra å gå vidare med utvikling til nasjonalt register.

Arbeidet med NGLR Årsrapport 2009 vart ferdig i løpet av mai og sendt til deltakande avdelingar + styret i NGF. Fem avdelingar (sjukehus var med); av desse to universitetssjukehus.

Arbeidet som er nemnt er gjort av utvalsmedlemmane, det meste på dugnadsbasis. Dei mestarbeidande medlemmane har fått noko lønn. Pengar til dette har utvalet søkt og fått tildelt frå den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I tillegg er det pengar frå NGF.

Utvalet har godt og nært samarbeid med SKDE (Senter for klinisk forskning og evaluering). Senteret er knytt til UNN (Universitetssjukehuset i Nord-Norge, Tromsø) og har nasjonal rådgiving/hjelp til medisinske kvalitetsregistre som viktig arbeidsoppgåve.

Laparoskopitvalet sameina førre året i å tilrå at NGLR skal vidareutviklast til å få status som eit nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. "Norsk gynekologisk endoskopiregister".

Alle medlemmene er villige til å arbeida vidare eit år til. Målsetjinga er at iløpet av dette året skal det meste vere klart med registeret : (statuettar, IKT løysing og datagodkjenning.)

Får vi klarsignal frå NGF kan dette arbeidet vidareførast straks. Også takksame om NGF har forslag til fleire utvalsmedlemmer.

Rekruttering av nye avdelingar pågår. Å få med flest muleg avdelingar før det nye registeret er på plass, er viktig del av målsetjinga som nasjonalt kvalitetsregister. Nokre nye avdelingar er i gang. NGF sentralt tilrå gynekologiske avdelingar å vere med.

For ferdigstilling av Årsrapportar 2010 og 2011, kanskje lengre, trengst innleid/betalte hjelp. Til dette arbeidet er det søkt om kroner 50 000 årleg frå NGF. Går dette i orden, har NGF lagt grunnlag for ennå eit viktig nasjonalt kvalitetsarbeid.

Førde 17. juni 2011

Jostein Tjugum

Leiar, Laparoskopitvalet

LOETTE 28 ANTIKONSEPSJONSMIDDEL ATC-NR: G03A A07

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneh.: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneh.: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titan-dioksid (E 171).

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

DOSERING: Tablettene må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntrener en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden): Medisineringskanal starte på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene.

SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT: Medisineringskanal bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (mini-pille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringskanal kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg.

KONTRAIKASJONER: Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombose ved valvulopati, arvelig eller ervervet trombofili, migræne/hodepine med fokale nevrologiske symptomer, slik som aura, trombose rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaeundersøkelse, blodtryksmåling, samt en grundig familieanamnese. Hyppigheten og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individet. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slagangfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Sigarettøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og blødningslag, transitorisk iskemisk attack). Eksponering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskrivning av kombinasjons-p-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-p-piller og som har migræne (spesielt migræne med aura), kan ha økt risiko for slag. Opptrer tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkremittene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-p-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier.

EKSEMPEL PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER: Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-p-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om incidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse ytrer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-p-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-p-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-p-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papillødem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukosetoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykket oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-p-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasie eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migræne eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migræne (spesielt migræne med aura) som bruker kombinasjons-p-piller kan ha økt risiko for slag. Gjen-

nombruddsbledninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsbledninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning. Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-p-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatrighetslipid kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

INTERAKSJONER: Nedsatt serumkonsentrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt incidens av gjennombruddsbledninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-p-pillen. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og sperm-drepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillen anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatiske mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og eliminasjonshastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramid, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinalveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer (f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol). Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyklin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatiske mikrosomale enzymer, eller ved å indusere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følgelig enten kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-p-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-p-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med funarizin. Gjennombruddsbledninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

GRAVIDITET/AMMING: Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt andre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

BIVIRKNINGER: Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse trombose og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervixneoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Nevrologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsbledninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervixerosjon og -sekresjon, vaginit inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migræne, væskeretensjon, ødemer, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtapp. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galleblærelidelse (forverrer eksisterende lidelser og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioødem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukosetoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Nevrologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioødemer, forverring av systemisk lupus erythematosus.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Kvalme, oppkast, brystødem, svimmelhet, buksmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A.

ANDRE OPPLYSNINGER: Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobulin og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

PAKNINGER OG PRISER: 3 x 28 stk. (kalenderpakn.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

Loette inneholder levonorgestrel og den **laveste tilgjengelige dose** etinyløstradiol (20 µg).²

“Anbefalt **førstevalg** er p-piller som inneholder enten **levonorgestrel** eller **norethisterone**, med lavest mulig dose av østrogen.”¹

Les mer på
WWW.PFIZER.NO/LOETTE



1. Dunn, N: Oral contraceptives and venous thromboembolism; BMJ 2009;339:b3164 2. Loette SPC 12.08.2010

Trygg bruk av p-piller

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

Årsrapport STAN

Mandat til nasjonal STAN referansegruppe har i år, som tidligere vært:

1. Være ansvarlig for kapitlene om fosterovervåking i den reviderte "Veileder i fødselshjelp".
2. Bidra til kollegial læring og forbedring mht bruk av STAN metoden nasjonalt. Dette innebærer at kollegaer kan sende STAN registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og kommentarer. Gruppen er ikke et sakkyndig organ. Vurderinger og kommentarer er således ikke en del av pasientens journal.
3. Være med på planleggingen av det årlige erfaringsmøtet som er for alle som bruker STAN eller CTG overvåking under fødsel.

Styret (består av tre faste leger)

Tore Henriksen, prof. Seksjonsleder, OUS Rikshospitalet, leder

Branka M.Yli, Overlege OUS Rikshospitalet
Torunn Eikeland, Seksjonsoverlege, Haugesund fødeavdeling

Medlemmer (1 lege og 2 jordmødre):

Jørg Kessler, Overlege, Haukeland Kvinne-klinikken

Berit Lunden Hustad, Fagutviklingsjordmor, Sørlandet sykehus Kristiansand (Jordmor-forbundet Norsk Sykepleierforbund)

Winnie Dragnes, Fagutviklingsjordmor, fødeavdelingen Akershus Universitetssykehus (Den Norske Jordmorforening)

1. Vedrørende videre eksistens av referansegruppen, har DNLF vedtatt at referansegruppen fortsetter med sitt mandat.
2. STAN erfaringsmøte 21. Oktober 2010 i Drammen.
Programmet bestod i en blanding av kasuistikker og faglige foredrag. Det

var rekordstor oppslutning med hele 185 påmeldte. Branka M. Yli hadde innlegg om nytt verktøy for å kvalitetssikre syre-baseverdier fra navlestrengsblod. Jørg Kessler orienterte om SRCT – status rundt anklager og fusk. Isis Amer Wåhlin hadde innlegg om pasientsikkerhet i fødselshjelpen. Eva Itzel refererte om erfaring fra måling av laktat i fostervann – en klinisk utnyttelse? I alt ble det gjennomgått 8 kasus.

Nytt STAN erfaringsmøte arrangeres i Trondheim 18.10.2011.

3. Gruppen har i alt hatt tre møter. I tillegg har gruppen elektronisk kommunikasjon. Vi har gjennomgått totalt 12 kasuistikker (4 besvert og 8 til erfaringsmøtet).

4. STAN superbrukerkurs for viderekomne 2. og 3.12.2010 på Rikshospitalet.

Ansvarlige for kurset var Branka M. Yli, Jørg Kessler og Torunn Eikeland.

Kurset startet med grunnleggende fysiologi, samt CTG fysiologi og klassifisering. Deretter foster EKG fysiologi og foster EKG tolking. Vurdering av barnet/tolking av syre-baseverdier i navlesnor samt feilkilder ved syre-baseanalyse og avnavlingsprosedyre. Forslag til hva som forventes av en STAN superbruker og hvordan organisere undervisning og oppfriskning på klinikken. Bruk av undervisningsmateriale som hjelp i undervisningen, samt hvordan oppnå optimalt foster EKG. På slutten av dagen la man opp til diskusjon rundt kasuistikker. Det planlegges et nytt kurs: Intrapartum fosterovervåking 1. og 2.12. 2011. på Rikshospitalet. Vi drøftet hvorvidt det tidligere navnet superbrukerkurs fortsatt skal være fremtidig benevnelse. Det ble besluttet å bytte til intrapartum fosterovervåking. Uansett er dette kurs

for de som har erfaring i bruk av STAN og CTG. Det legges ut informasjon på NGF's websider.

5. Det er ønskelig med et obligatorisk kurs i fødselsovervåking for spesialist utdanningen for leger i kvinnesykdommer og fødselshjelp, lignende den som fins for ultralyd. Tore Henriksen har henvendt seg med brev til president i Norsk Gynekologisk forening, Bjørn Backe.
6. Det er også ønskelig med e- basert kurs i fosterovervåking for leger og jordmødre. I den anledningen ble det 1.2.2010. avholdt møtet vedrørende WEB basert undervisning i fosterovervåking. Ved tilgang på e- basert kurs i fosterovervåking skapes muligheter for mer kontinuerlig og effektiv opplæring på de enkelte sykehus og for den enkelte fødselshjelper. Fagmiljøene var representert, og stiller seg positive til bruk av nettet som læringsarena.

Arbeidsguppe for Web-opplæring i fødselsovervåking er følgende

Leder; Branka MYli, OUS – Rikshospitalet
Norsk gynekologisk forening, Ane Moe, OUS – Rikshospitalet

Pof. Tore Henriksen, OUS- Rikshospitalet
Jordmorforbundet NSF, Berit Lunden Hustad, Sørlandet Sykehus, Kristiansand
Den norske jordmorforening, Hilde Christin Lie, Akershus Universitetssykehus
Norsk barnelegeforening, Kristin Brække, OUS – Ullevål

Søknad vedrørende opplæring i fødselsovervåking er sendt til Helsedirektoratet i mai 2011. Neoventa presenterte noe av sine erfaringer fra Sverige. Arbeidsguppen for Web-opplæring skal bruke STAN erfaringsgruppen som støtte gruppe.

Årsrapport

Spesialitetskomiteen

KOMITEENS SAMMENSETNING

Jakob Nakling (leder)
Kari-Anne Trosterud (nestleder)
Ingard Nilsen
Ingeborg Boe Engelsen
Trond M. Michelsen (YLF)
Elisabeth Berge Nilsen (vara YLF)
Hilde Sundhagen (vara)
Knut Hofft Kierulf (vara)

MØTER

Spesialitetskomiteen har hatt 3 fysiske møter

1. SPESIALISTREGLENE

Det har ikke vært ny gjennomgang i 2010. Komiteen planlegger gjennomgang i løpet av perioden 2010-2014.

2. STILLINGSSTRUKTUREN

Komiteen er enige i at det bør være faste stillinger for LIS. Komiteen vil ha et årvåkent øye med Oslo prosessen og hvilke konsekvenser den vil ha for stillingsstrukturen.

3. MÅLBESKRIVELSEN

Komiteen gikk grundig gjennom målbeskrivelsen i 2007. Komiteen planlegger gjennomgang i løpet av perioden 2010-2014.

4. KURSVIRKSOMHETEN

De obligatoriske kursene i spesialiteten har blitt arrangert som planlagt i 2010. Vi har mottatt evalueringsrapporter fra kursarrangørene.

Komiteen har fortløpende vurdert søknader om tellende timer til valgfrie kurs.

5. FERDIGHETSTRENING I LABORATORIER/SIMULERING

- *Hvilken betydning har ferdighets/simulering i spesialistutdanningen i faget?*
- *Hvilke institusjoner tilbyr slik læring?*
- *Hvilke prosedyrer er mest aktuelle for slik læring? Behovet for ferdighetstrening er størst i fødselshjelp og operativ gynekologi.*

Fødselshjelp:

Det finnes to nasjonale kurs som fokuserer på ferdighetstrening i fødselshjelp:

1. ALSO kurs arrangeres 2 ganger per år ved St. Olavs Hospital. Hittil har ca. 180 norske leger (LIS og ferdige spesialister) deltatt på kursene. To kurs ble gjennomført i 2010.
2. Kurs i operativ fødselshjelp arrangeres årlig ved Haukeland sykehus.

De fleste norske sykehusavdelinger har egne fantomer for trening i praktisk fødselshjelp.

Operativ gynekologi:

I 2009 ble det for første gang arrangert et nasjonalt kurs i laparoskopisk kirurgi ved Ullevål Universitets-sykehus. Det planlegges årlige kurs heretter.

De fleste norske sykehusavdelinger har egne enkle simulatorer for trening på laparoskopisk kirurgi.

6. RAPPORTER FRA UTDANNINGSINSTITUSJONENE

SERUS rapporter er gjennomgått og tilbakemeldinger er gitt.

7. BESØK SPESIALITETS-KOMITEEN HAR GJENNOMFØRT

Komiteen har besøkt 1 sykehus i 2010. (Kristiansand). Rapport er skrevet, og det var ikke aktuelt med oppfølging.

8. SØKNADER FRA SYKEHUSAVDELINGER OG INSTITUSJONER OM GODKJENNING SOM UTDANNINGSINSTITUSJONER

Ingen

9. KVALITETSSIKRING AV UTDANNINGEN

Dette er komiteens hovedarbeid. Vi har hatt spesielt fokus på prosedyrekrav og operasjonslister med tanke på flaskehalsen i utdanningsløpet.

10. SPESIALISTGODKJENNING

Komiteen har behandlet tilsendte søknader om spesialistgodkjenning. Enkle søknader godkjennes av leder, mens vanskeligere saker diskuteres per mail.

11. ETTERUTDANNING

Komiteen har ikke hatt etterutdanning på agendaen i år

12. PROBLEMER I SPESIALITETEN

Små gruppe 1 avdelinger har problemer med å fylle kravene til forskningsaktivitet og forskeropplæring. Komiteen har de siste tre – fire år hatt et spesielt fokus på de små gruppe 1 avdelingene i faget (Drammen, Fredrikstad, Tønsberg). Disse avdelingene ble besøkt i løpet av 2007-09 og fikk tilbakemelding om krav og tiltak. Tønsberg og Fredrikstad har gjennomført tiltak og gitt akseptable tilbakemeldinger. Drammen har tatt grep og tilbakemeldinger er positive. Utviklingen ved Drammen følges tett og det planlegges besøk i 2011 for endelig evaluering

13. EVENTUELT

Ny spesialitetskomite ble konstituert i mars 2010. Året 2010 har derfor vært preget av en lavaktivitet i komiteen. Komiteen har nå "satt seg" og har ambisjoner om økt aktivitet både ved besøk og engasjement ved blant annet igangsetting av undervisning via telemedisinsk samarbeid med Telemedisinsk senter i Tromsø.

Lillehammer 3/1-2011

Jakob Nakling

Årsrapport NFGO

SAMMENSETNING

Styret består av 7 medlemmer:

Leder, Helga B. Salvesen, Haukeland Universitetssykehus (på valg)
 Nestleder, Anne Dørum, Oslo Un.sykehus, Radiumhospitalet (ikke på valg)
 Sekretær, avtroppende, Jostein Tjugum, Sentralsykehuset i Førde (ikke på valg)
 Kasserer, Anne Beate Vereide, Regionssykehuset i Tromsø (på valg)
 Kurt Sachse, Oslo universitetssykehus, Ullevål (ikke på valg)
 Solveig Tingelstad, St. Olavs Hospital (ikke på valg)
 Representant fra NGF (ikke på valg)

6 Varerepresentanter:

Harald Helland, Haukeland Universitetssykehus (på valg)
 Ingrid Baasland, St. Olavs Hospital (ikke på valg)
 Bent Fiane, Stavanger Universitetssykehus (ikke på valg)
 Anne Ørbo, Regionssykehuset i Tromsø (på valg)

Elin Ødegård, Oslo Un.sykehus, Radiumhospitalet (ikke på valg)
 Gunn Fallås Dahl, Oslo universitetssykehus, Ullevål (ikke på valg)

Det har vært avholdt ett strategi seminar, fire styremøter (hvorav 2 ved telefon) og to medlemsmøter (onkologisk forum, formøte i forbindelse med årsmøte i NGF).

- Det ble holdt et strategi seminar over to dager for det nye styret med vararepresentanter i februar 2010. Tema til diskusjon: nasjonalt kvalitetsregister, ESGO akkreditering, web-side for NFGO, utdanning av nye kandidater, utveksling nasjonalt - internasjonalt, utvikling av organisasjonen, statutter, nasjonal/internasjonalt forankring, økonomi. Seminaret hadde god oppslutning, der 10 av 12 representanter hadde anledning til å delta.
- Nasjonal godkjenning av grenspesialitet i gynekologisk onkologi er lagt på is. Bergen ble ESGO akkreditert som

utdannings institusjon i 2009.

- Kreftforeningen/HOD har etter søknad fortsatt sin økonomiske støtte til forumet.
- Det ble arrangert Formøte i Gynekologisk Onkologi under årsmøte NGF september 2010. Møtet var forberedt av Ingrid Baasland og Jostein Tjugum, tema var utredning av uterine sarkomer. Møtet var godt besøkt og fikk svært god omtale.
- Arbeidet med Nasjonale handlingsplaner i regi av HOD for ovarial-, endometri- og cervixcancer er videreført, og er under slutføring for endometrie cancer. For ovarial- og cervixcancer er dette planlagt slutført i løpet av kommende år.
- Det har blitt utarbeidet en høringsuttalelse til Helsedirektoratet vedrørende gentesting ved ovarialcancer.

Styret takker medlemmene for aktivitet og interesse i 2009 og 2010.

Bergen 05102010

Helga Salvesen, Leder NFGO

Gardasil «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01

INDIKASJONSVEKKE, suspensjon: Hver dose inneh.: Humant papillomavirus (HPV) type 6 LI-protein ca. 20 Mg, type 11 LI-protein ca. 40 Mg, type 16 LI-protein ca. 40 Mg, type 18 LI-protein ca. 20 Mg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborant, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatadjuvans) 225 Mg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine for bruk fra 9 år som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, vulva og vaginale) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med visse onkogene humane papillomavirus (HPV)-typer, samt kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med spesifikke HPV-typer. Se forsiktighetsregler og egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primærvakinasjon. 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klart. **Barn <9 år:** Ingen erfaring. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerer er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en enkelt kvinne bør tas etter vurdering av risiko for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virusstyper i vaksinen som kvinnen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Ved bruk hos voksne kvinner må variasjonen i prevalens for HPV-typer i ulike geografiske områder tas med i vurderingen. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primærvakinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisits- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Kan gis samtidig med kombinert booster-vaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. En trend til lavere anti-HPV GMT er observert ved samtidig administrering. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amming:** Overgang i placenta. Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført graviditet. Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige (>1/10): Øyrtum, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, ureksi. Vanlige (>1/100 til <1/10): Muskelskjelettsystemet. Smarter i ekstremitetene. Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Hud. Urticaria. Svært sjeldne (<1/10 000): ukjent. Blod/lymfje. Lymfadenopati, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale. Kvalme, oppkast. Immunsystemet. Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati, artralgi, myalgi. Neurologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope, iblant etterfulgt av bevegelses- og tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, utmattelse, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. **Egenskaper:** Klassifisering: Rekombinant, adsorbert, ikke-infeksjons fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensedde viruslignende partikler (VLP) fra hoved LI-kapsid-proteinet hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. Virkningsmekanisme: HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at LI VLP-vaksiner beskytter ved å induisere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typer i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, ValN 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper: Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsstidspunktet. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% anti-tstoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primærvakinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksinerings. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoff-respons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdier observert i måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemiddel skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel eller ufallsmateri-ale skal behandles iht. lokale krav. **Pakninger og priser:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyle) 098722. Kr.170,80. Godkjent SPC:16/08/2010. Sist endret: 17.11.2010

Nyhet: Gardasil[®], nå for kvinner opptil 45 år!



Vær med og gjør en forskjell for kvinners helse Tilby HPV-vaksinasjon!

Gardasil[®] er nå godkjent fra 9 års alder til forebygging av:*

- premaligne genitale lesjoner i livmorhalsen, vulva og vagina relatert til visse onkogene HPV-typer
- livmorhalskreft relatert til visse onkogene HPV-typer
- kjønnsvorter forårsaket av spesifikke HPV-typer

Indikasjonen for Gardasil[®] er basert på effekt av vaksinen hos kvinner fra 16 til 45 år og påvist immunogenisitet hos barn fra 9 til 15 år.*

Les mer på
www.gardasil.no og www.spmsd.no


GARDASIL[®]

* Norsk SPC 18/08/2010

Årsrapport fra NFOG's Educational Board 2010

NFOG's Educational Board består av lederne for de nordiske landenes spesialitetskomiteer.

Hovedoppgaven er å arrangere et møte som alternerer med NFOG kongressen, slik at det hvert år arrangeres faglige møter i NFOG regi. Det ble høsten 2010 arrangert

kurs i PCOS i København. Kurset var vellykket mye takket være et solid arbeide fra vår kollega Eszter Vanky.

Juni 2011 Jacob Nakling

WWW.NFOG2012.NO

WELCOME TO
**38TH NORDIC CONGRESS
 OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**
 17-19 JUNE 2012, BERGEN, NORWAY

38TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Nordic gynekologisk forening
 DEN NORSKE LÆGEFORENING

Årsrapport NGF økonomi 2010

Revisorgruppen FMØ DA
Statsautoriserte revisorer



Til medlemmene i Norsk Gynekologisk Forening

UAVHENGIG REVISORS BERETNING FOR 2010

Uttalelse om årsregnskapet

Vi har revidert årsregnskapet for Norsk Gynekologisk Forening, som består av balanse per 31. desember 2010 og resultatregnskap som viser et underskudd på kr 99 492, for regnskapsåret avsluttet per denne datoen, og en beskrivelse av vesentlige anvendte regnskapsprinsipper og andre noteopplysninger.

Styrets ansvar for årsregnskapet

Styret er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet og for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapskikk i Norge, og for slik intern kontroll som styret finner nødvendig for å muliggjøre utarbeidelsen av et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller feil.

Revisors oppgaver og plikter

Vår oppgave er å gi uttrykk for en mening om dette årsregnskapet på bakgrunn av vår revisjon. Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder International Standards on Auditing. Revisjonsstandardene krever at vi etterlever etiske krav og planlegger og gjennomfører revisjonen for å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon.

En revisjon innebærer utførelse av handlinger for å innhente revisjonsbevis for beløpene og opplysningene i årsregnskapet. De valgte handlingene avhenger av revisors skjønn, herunder vurderingen av risikoene for at årsregnskapet inneholder vesentlig feilinformasjon, enten det skyldes misligheter eller feil. Ved en slik risikovurdering tar revisor hensyn til den interne kontrollen som er relevant for foreningens utarbeidelse av et årsregnskap som gir et rettviseende bilde. Formålet er å utforme revisjonshandlinger som er hensiktsmessige etter omstendighetene, men ikke for å gi uttrykk for en mening om effektiviteten av foreningens interne kontroll. En revisjon omfatter også en vurdering av om de anvendte regnskapsprinsippene er hensiktsmessige og om regnskapsestimatene utarbeidet av ledelsen er rimelige, samt en vurdering av den samlede presentasjonen av årsregnskapet.

Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

Konklusjon

Etter vår mening er årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av den finansielle stillingen til Norsk Gynekologisk Forening per 31. desember 2010 og av resultatet for regnskapsåret som ble avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapskikk i Norge.

Uttalelse om øvrige forhold

Konklusjon om registrering og dokumentasjon

Basert på vår revisjon av årsregnskapet som beskrevet ovenfor, og kontrollhandlinger vi har funnet nødvendig i henhold til internasjonal standard for attestasjonsoppdrag (ISAE) 3000 «Attestasjonsoppdrag som ikke er revisjon eller begrenset revisjon av historisk finansiell informasjon», mener vi at ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av foreningens regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringsskikk i Norge.

Oslo, 6. juni 2011

Revisorgruppen FMØ DA

Mari Østbø

Mari Østbø
statsautorisert revisor

Norsk Gynekologisk Forening

Balanse

	Noter	31. desember 2010	31. desember 2009
Eiendeler			
Anleggsmidler			
kontormaskiner pc	6	13 683	11 395
Sum anleggsmidler		13 683	11 395
Omløpsmidler			
Fordringer			
Kundefordringer		10 800	46 350
Påløpte inntekter Gynokologen		0	0
Andre fordringer		0	46 360
Sum fordringer		10 800	92 710
Kontanter og bankinnskudd		2 334 830	2 564 195
Sum omløpsmidler		2 345 630	2 656 905
Sum eiendeler		2 359 313	2 668 300
Formålskapital og gjeld			
Formålskapital			
Fri formålskapital		2 344 227	2 198 421
Årets resultat		-99 492	145 806
Sum opptjent formålskapital	7	2 244 735	2 344 227
Gjeld			
Kortsiktig gjeld			
Leverandørgjeld		2 500	73 689
Merverdiavgift		57 397	167 589
Arbeidsgiveravgift		17 484	
Påløpte kostnader	9	37 197	82 795
Sum kortsiktig gjeld		114 578	324 073
Sum formålskapital og gjeld		2 359 313	2 668 300

Sted: Oslo 6/6 - 2011

Leder
Bjørn Backe

Kevin S. Oppegaard
Styremedlem
Kevin Sunde Oppegaard

Styremedlem
Runa Aabø

Nestleder
Knut Hordnes

Kasserer
Toril Kolås

Styremedlem
Marte Myhre

Norsk Gynekologisk Forening

Aktivitetsregnskap

	Noter	Resultat 2010	Resultat 2009
Anskaffede midler			
Medlemsinntekter		10 550	10 400
Tilskudd DNLF		691 860	621 882
Prispenger		90 000	180 000
Sum anskaffede midler		792 410	812 282
Aktivitetet som oppfyller formålet			
Intekter årsmøte	4	919 500	999 700
Sum aktiviteter som oppfyller formålet		919 500	999 700
Aktivitetet som skaper inntekter			
Andre inntekter	5	330 790	468 592
Sum aktiviteter som skaper inntekter		330 790	468 592
Finansinntekter	2	55 195	59 889
Sum anskaffede midler		2 097 895	2 340 463
Forbrukte midler			
Kostnader til anskaffelse av midler			
Kostnader ved annonsesalg	2	187 819	246 858
Sum kostnader anskaffelse av midler		187 819	246 858
Kostnader til formålet			
Formålskostnader		1 665 342	1 685 514
Sum kostnader til formålet	2	1 665 342	1 685 514
Kostnader til administrasjon			
Administrasjonskostnader		344 226	262 285
Sum administrasjonskostnader	2,8	344 226	262 285
Sum forbrukte midler		2 197 387	2 194 657
Årets aktivitetsresultat		-99 492	145 806
Tillegg/reduksjon formålskapital (egenkapitalen)			
Overført formålskapital	7	-99 492	145 806
Sum tillegg/ -reduksjon formålskapital		-99 492	145 806

Rephresh Vaginalgel

MOTVIRKER LUKT OG UØNSKET UTFLOD

Regulerer effektivt vaginal pH
i hele 3 døgn per dosering.

Gjenoppretter normal
flora vaginalt.

Anbefal Rephresh til dine pasienter som
ofte har infeksjoner. Klinisk dokumentert
effekt i form av publiserte studier.

Klinisk
dokumentert
– Kjøpes i
apotek



Ring eller mail oss for
dokumentasjon og
pasient informasjon.

Markedsføres av

 **MEDLITE**

Medlite AS, pb 288, 3081 Holmestrand
Tlf. 33 09 62 12 – post@medlite.no
www.medlite.no

Årsrapport FUGO

2010 var et år med høy aktivitet. Hovedsakelig arbeidet vi med årets kurs, primært for LIS, forut for årsmøtet i Arendal. Kursene våre har etter hvert begynt å bli en god tradisjon. Temaet for 2010 var infertilitet, et tema som er dekket dårlig av eksisterende obligatoriske kurs. Etter å ha gjennomført kurs de 2 forutgående årene, gikk planleggingen og oppgavefordelingen smertefritt. Christian Tappert gjorde igjen en kjempeinnsats som kursleder.

I 2010 har vi hatt 5 styremøter. Vi hadde utgifter på 57493, og med et budsjett på 61.000 kr, gikk vi 3507kr i overskudd. Invitasjonen av Nuno Martins fra ENTOG visste vi ble en stor utgiftspost, og det var derfor på forhånd søkt dekning for dette via støtte fra NGF.

STYRET FOR 2010 BESTOD AV:

- Sissel Oversand, leder og ENTOG (*European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology*)-representant
- Erik Andreas Torkildsen, nest-leder, ENTOG og PWG (*Permanent Working Group*)-representant, og varamedlem i NGF
- Kristine Kleivdal, NFYOG-representant og sekretær.
- Christian Tappert, kursansvarlig og kasserer.
- Pawel Wilkosz, NFYOG (*Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynecologists*)-representant og nettansvarlig.
- Marte Myhre, NGF-representant.

STYRET DELTOK PÅ FLERE KURS OG MØTER

I april reiste vi på NGFs vårkurs i Trondheim,

som til tross for at enkelte askefaste forelesere var forhindret fra å komme, holdt svært høy kvalitet.

ENTOG-utvekslingen i mai gikk til Belgia. Vi hadde kun én norsk deltaker som kunne reise, Mikael Tomala fra Ahus. Han steppet svært sporty inn på kort varsel. På det avsluttende ENTOG-møtet i Antwerpen deltok Erik Andreas Torkildsen og Sissel Oversand. Debatttema ved ENTOG seminaret var "litigation and training" og "gynaecology and/or obstetrics (deling av faget)". Spesielt sistnevnte tema forårsaket stor diskusjon og enormt engasjement.

Erik Andreas Torkildsen var PWG-representant ved EBCOG (*European Board and College of Obstetrics and Gynaecology*)-møtet samme helg. PWG er i utgangspunktet en YLF representant, men har tradisjonelt vært plukket ut fra en i FUGO-styret. Nå er YLF trukket seg fra denne organisasjonen slik at Norge kommer ikke til å sende flere representanter til EBCOG. NFOG (*Nordic Federation of Obstetrics and Gynaecology*)kongressen i København ble avholdt 15.-18.juni, og i den forbindelse avholdt NFYOG workshop om "Transplantation of female genital organs" v/ Mads Brännström. Hele styret deltok på kongressen, men dessverre var det få LIS'er fra de forskjellige nordiske landene som deltok. NFYOG og NFOG arrangerer spennende kongresser som vi anbefaler på det varmeste for utdanningskandidater. NFYOG avholdt styremøte under kongressen, der Kristine Kleivdal og Pawel Wilkosz deltok.

Så kom kurset i Infertilitet, den 31.august i Arendal. Oppmøtet var svært godt, og interessen stor. Dessverre var det relativt få LIS'er som deltok og vi håper på flere LIS'er blant deltagerne ved kurset i 2011. Tilbakemeldingene etter kurset var veldig gode, takket være glimrende foredragsholdere: Tom Tanbo, Liv Bente Romunstad og Jarl Kahn. Lokalkomiteen hjalp oss med organisering av lokaler og servering, slik at gjennomføringen av kurset gikk knirkefritt. Tilbakemeldinger om at vi burde holde tiden bedre, tar vi til etterretning mtp årets kurs.

Påfølgende dag var det årsmøte og generalforsamling i FUGO. Vår kollega Nuno Martins, som er leder i ENTOG, kom på besøk fra Portugal. Han holdt et innlegg om utdanning i europeisk perspektiv, og om ENTOGs visjoner. Trond Michelsen og Jacob Nakling fra spesialitetskomiteen var til stede under møtet og informerte om spesialistreglene.

Det ble samtidig avholdt nytt valg til styret, der Sissel Oversand gikk ut, og Sjur Lehmann kom inn som nytt styremedlem. Christian Tappert og Marte Myhre ble gjenvalgt.

I november hadde vi vårt siste styremøte, hovedsakelig for oppsummering og idéutveksling ang. nytt kurs. Med bakgrunn i tilbakemeldinger, valgte vi emnet om menopause/klimakteriet som kurstema i 2011.

Juni 2011 Sissel Oversand

Årsrapport EBCOG

I 2010 har det vært avholdt to Councilmøter. Det første i Antwerpen i forbindelse med EBCOG-kongressen 8. og 9. mai, det andre i Brussel 19. og 20. november. NGF var representert med to delegater, Bjørn Backe og Runa S.Aabø. Rolf Kirschner møtte som medlem av Styret (Executive committee), Erik Andreas Torkildsen møtte som PWG-representant (Europeiske Yngre Legers Forening).

EBCOG, - European Board & College of Obstetrics and Gynaecology, er en "Board and Section" dvs en arbeidsgruppe under Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). Formålet med EBCOG er å fremme kvinner og barns helse ved å sikre høyest mulig kvalitet på helsetjenester i alle europeiske land, særlig ved "harmonisering" av spesialistutdanningen. Dette er et svært viktig satsningsområde, og gjøres særlig ved 1) Inspeksjon (visitation) av utdanningsavdelinger, og 2) ved arbeidet i "Standing Committee on Training and Assessment" med utdanningsprotokoller og log-bøker for å høyne kvaliteten på utdanningen i medlemslandene. Samarbeidet med ENTOG (European Network of Trainees in ObGyn) ansees som svært viktig. ENTOG har stemmerett i Council, og alle visitasjonene skal inkludere en utdanningskandidat.

Gjennom akkreditering og visitasjonsprogrammet 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. Samarbeidet med de fire europeiske foreningene for subspecialitetene, ESGO (gyn-onkologi), EUGA (Urogynekologi), EAPM (perinatalmedisin) og ESHRE (reproduksjon) muliggjør akkreditering av utdanningssentra for subspecialisering.

EBCOG besluttet i 2010 å starte et nytt, spennende pilot prosjekt for å stimulere utveksling av utdanningskandidater i gyn/obst i Europa, og gjennom det bidra til harmonisering av spesialistutdanningen i medlemslandene. Det vil i 2011 bli utdelt tre individuelle stipend pålydende 3000 euro hver, til utdanningskandidater som ønsker å tilbringe tre måneder i utlandet ved en utdanningsinstitusjon godkjent av EBCOG. Interesserte finner informasjon på www.EBCOG.org. I tillegg organiserer ENTOG hvert år utveksling av LIS, der to deltagere fra hvert land får muligheten til å være i en uke ved vertslandets spesialavdelinger. Sjekk på www.ENTOG.org.

EBCOG's nettside er blitt betydelig oppgradert i 2010. Der er mye informasjon tilgjengelig, og det arbeides med å tilrettelegge for interaktivt forum og e-learning-program.

Hvert annet år arrangerer EBCOG, i samarbeid med ESGO, EUGA, EAPM og ESHRE en bred, faglig kongress. Her vektlegges særlig sesjoner med "hands-on training". I 2010 ble kongressen avholdt i Antwerpen. Kongressen 2012 legges til Tallin, kongressen 2014 til Glasgow. I samband med kongressene vil det bli utveksling i Baltikum og Skottland.

Styret i EBCOG 2010:

President: Prof Peter Hornnes, Danmark

Visepresident: Prof Johan Van Wiemeersch, Belgia

Sekretær: Prof Chiara Benedetto, Italia

Kasserer: Prof Wolfgang Holzgreve, Tyskland

Styremedlem: Dr Rolf Kirschner, Norge

Styremedlem: Prof Allan Templeton, UK

Styremedlem: Prof Attila Pal, Ungarn

I tillegg møter PWG, ENTOG 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

07.07.11 Runa S.Aabø

Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på **KUN 3 dager**¹

Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10
VAGINALKREM 2%: 1 g inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearylic., cetylalm., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.
VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

Dosering: Vaginalkrem: En fylt applikator (5 g) intravaginalt hver kveld i 7 dager. Vagitorier: 1 vagitorie intravaginalt hver kveld i 3 dager.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for preparater som inneholder klindamycin, linkomycin eller hardfett (vagitorier).

Forsiktighetsregler: Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner. Bruk av klindamycin intravaginalt kan gi økt vekst av ikke-følsomme organismer,

spesielt sopp. Hvis betydelig eller langvarig diaré inntreffer, må legemidlet seponeres og nødvendig behandling gis. Betydelig diaré som kan opptre mange uker etter avsluttet behandling, skal behandles som om den er antibiotikarelatert. Moderat diaré avtar ved seponering av behandlingen. Samleie frarådes under behandlingen. Lateksdommer og latekspessar kan svekkes i kontakt med innholdstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvikt eller kolitt.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Preparatet anbefales ikke brukt i 1. trimester. Det er vist at bruk av klindamycin vaginalkrem hos gravide i 2. trimester og systemisk tilført klindamycinfosfat i 2. og 3. trimester ikke er assosiert med fosterskader. Vagitoriene kan derfor brukes under 2. og 3. trimester dersom det er et klart behov for det. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginit, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointes-

tinale: Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria, pruritus, utslett. Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, soppinfeksjoner.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger for klindamycin J01F F01.

Egenskaper: Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginit: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp. Absorpsjon: Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%). Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C. Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40. Sist endret: 27.01.2004

(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

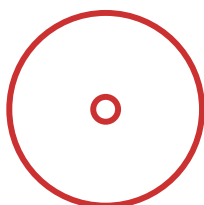
E2010-1026



Ref. 1) Paavonen J. et al. "Vaginal Clindamycin and Oral Metronidazole for Bacterial Vaginosis: A Randomized Trial", Obstetrics and Gynecology 2000;96: 256-260.

Dalacin[®]
Klindamycin

Kjære FUGO-medlemmer!



FUGO

Et nytt årsmøte banker på døren, og vi i FUGO-styret gleder oss til noen spennende dager i Ålesund. Det er alltid hyggelig å treffe gode kolleger i faglig og sosialt samvær.

Torsdag 8. september skal vi ha FUGOs årsmøte. Vi startet som vanlig med Generalforsamlingen og deretter med årsmøteforedraget. I år har vi invitert Spesialitetskomiteen ved leder Jakob Nakling og Yngre Legers Forening ved påtroppende leder Johan Torgersen. Spesialistutdannelsen er under stadig endring og det vil sannsynligvis være en del viktige punkter som kan påvirke strukturen i fremtiden - departementet overtar godkjenningen; skal gruppe I fjernes?; funksjonsfordeling og endring av sykehusstrukturen i Norge; basistjeneste. Et bredt og godt spesialiseringsforløp er helt avgjørende for å skape en god basis for spesialiteten vår, samt skape et godt og lærerikt fagmiljø.

Dagen før årsmøtet skal vi ha vårt årlige kurs, som etter hvert har blitt en tradisjon. Vi har fått gode forelesere til Ålesund og programmet om menopause/klimakteriet kommer til å bli spennende. Vår eldste pasientgruppe blir stadig større og problemstillingen kommer opp daglig – både i sykehus og i privat praksis. Vi håper så mange som mulig har mulighet til å delta sammen med oss.

FUGO er p.t. den eneste fagmedisinske foreningen for leger i spesialisering. Men nå begynner de andre foreningene å røre på seg. Indremedisinsk forening har vært i kontakt med oss om hvordan vi er organisert, og psykiatrisk foreningen har også vært opptatt av FUGO. Jeg synes det er flott at vi som er i spesialisering kan delta i fagforenings arbeid, slik at vi kan være med på utvikle faget vårt.



Vel møt til årsmøtet i Ålesund!

Med sommerlig hilsen,
Erik Andreas Torkildsen
Leder FUGO
Kvinnesklinikken
Stavanger Universitetssjukehus

FUGO-styret 2011

Erik Andreas Torkildsen	Leder	ENTOG-representant, vara-NGF representant	toea@sus.no
Sjur Lehmann	Nestleder	ENTOG-representant, Spesialitetskomiteen	sjur.lehmann@gmail.com
Kristine Kleivdal	Sekretær	NFYOG-representant	kristine.kleivdal@gmail.com
Christian Tappert	Kasserer	Kursansvarlig	ctappert@broadpark.no/ christian.tappert2@stolav.no
Pawel Wilkosz	Styremedlem	NFYOG-representant, Nettansvarlig	pawelwilkosz@hotmail.com
Marte Myhre Reigstad	Styremedlem	NGF-representant	martereigstad@gmail.com

Årsmøte og Generalforsamling FUGO 2011

Sted: Rica Parken Hotel, Ålesund
Tid: Torsdag 8. september 2011, Kl. 10:00 – 12:00

Program for FUGOs årsmøte:

10:00 – 10:30 Generalforsamling v/leder Erik Andreas Torkildsen og FUGO-styret
10:30 – 12:00 "Spesialistutdannelsen" - Spesialitetskomitéen og Yngre Legers forening

Saksliste Generalforsamlingen:

1. Valg av dirigent og referent
2. Godkjenning av innkalling
3. Presentasjon av FUGO styret 2011
4. Årsrapport FUGO
5. Økonomi FUGO
6. Rapport fra NGF
7. Rapport fra internasjonalt arbeid: 1) ENTOG – 2) NFOYG
8. Saker fremlagt av styret
9. Saker fra medlemmene
10. Valg av nytt FUGO-styre
11. Utveksling 2011
12. FUGO videre: Evaluering av årets kurs. Forslag til nye emner?
13. Eventuelt

Vi gjør oppmerksom på at saker fra medlemmene til dagsorden må sendes til FUGOs sekretær Kristine Kleivdal senest 4 uker før Generalforsamlingen (kristine.kleivdal@gmail.com)

Foto: Susanne Woerne.

Nyttige websider

FUGO	Forening for utdanningskandidater innen gynekologi og obstetikk	www.legeforeningen.no/ngf -> link FUGO
NFOYG	Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists	www.nfogyg.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



Foto: Susanne Woerne.

Kjære kollega!

Årsmøtet for Norsk gynekologisk forening i 2011 går av stabelen i Ålesund 8. - 10 september 2011. Dette er tredje gang årsmøtet vert halde i Ålesund og vi er stolte over at styret i NGF igjen vil samle vårt kollegium i nordvest.

Det er med glede vi ser frem til å treffe våre kollegaer og venner til sosialt samvær og eit som vanleg spennande og interessant program. Ålesund vart i 2007 kåra til Noregs vakraste by, og er særleg kjent for sin særprega arkitektur i jugendstil som reiste seg etter den store bybrannen i 1904. Dette vil du få sjå på nært hald når vi vandrar frå årsmøtehotellet til "Get together" på Teaterfabrikken. Rundt Ålesund ligg også storslagen natur der havet møter fjord og fjell, og turisme er ein veksande bransje. Ålesund er totalt sett i sterk vekst og har bl.a. kompetansesentra innen maritim verksemd.

Her er ei stor og travel fiskehamn og for den som vil, er det mykje å sjå, t.d. akvariet Atlanterhavsparken. Vi håper at alle vil få både et nyttig og kjekt opphald med oss i Ålesund. Gynekologane i Ålesund ønskjer alle velkomne!

Sissel Hjelle, Margaret Sævik Lode, Peter Montzka, Lena Hiittner, Solveig Bjellmo, Ane Steinsdotter Ihler, David Forsse, Oddvar Sviggurn, Henrik Erdal, Sigfus Orri Bollason, Ase Roald Sandvik, Susanne Woerner, Marit Halonen Christiansen, Tove Aarseth Barder, Hans Ejner Ipsen, Tone Årnot Jareld

Generalforsamling NGF 2011

Rica Parken Hotel, Ålesund fredag 9. september 2011 16.30-18.00

Valg av dirigent og referent

Minnestund

Årsmelding 2010

Regnskap 2010

Revidert budsjett 2011

Budsjett 2012

Saker fremlagt av medlemmene:

Saker fremlagt av styret:

Orienteringssaker:

Samarbeidet med industrien (v. Knut Hordnes)

Overtidssaken (v. Bjørn Backe)

Styrets arbeidsform – vararepresentantenes funksjon (v. Bjørn Backe)

Gynekologen – redaktørstillingen (v. Runa Aabø)

Valg:

Valg av leder

Valg av styremedlemmer

Valg av varamedlemmer til styret

Valg av desisorer

Valg av årsmøtearrangør 2013

Eventuelt

Valgkomiteens forslag til styre i NGF for de 2 neste år:

Leder:

Knut Hordnes, Spesialist poliklinikken, Hospitalet Betanien, Bergen.

Medlemmer:

Toril Kolås, Gyn avdeling, Sykehuset Innlandet Lillehammer.

Kevin Sunde Oppegaard, Gyn avdeling, Klinikk Hammerfest.

Jone Trovik, Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus.

Martin Andresen, spes praksis, Oslo, PSL representant.,

Helene Fjeldvik Peterson, Kvinneklubben Ahus, FUGO representant.

Varamedlemmer:

Tone Schetlig Løvvig, Kvinneklubben St Olavs Hospital.

Odrun Kleggetveit, spes praksis, Kristiansand, PSL representant.

Marte Myhre Reigstad, Kvinneklubben Ahus, FUGO representant.

Desisorer:

Astrid Rygh, Kvinneklubben, Stavanger Universitets sykehus

Hilde Sundhagen, privat praksis, Lillestrøm

Program NGF Årsmøte

Ålesund 8. - 10. september 2011

**Årsmøtet pågår i Bankettsalen på Rica Parken Hotel
(enkelte formøter og symposium foregår i andre møterom enn plenumsal)
Lunsj foregår i frokostsalen og Brasserie Normandie**

Onsdag 7/9

Arrangement tilsluttet i tid men forøvrig uavhengig av Årsmøtet:
FUGO: Menopause + HRT Se Kurskatalogen www.legeforeningen.no

Torsdag 8/9

- Alle **Formøter** på Rica Parken Hotel unntatt Internasjonal Kvinnehelse
- 10.00-12.00 Internasjonal Kvinnehelse ved Torvid Kiserud og Einar Lande:
OBS: Møterom Løvenvold på Rica Hotel Scandinavie
- 10.00-12.00 Norsk Urogynekologisk Gruppe (NUGG): Møterom: Gange Rolv C (Se program s. 32)
- 10.00-12.00 Forening for Utdanningskandidater i Gynekologi og Obstetrikk (FUGO): Møterom: Amfi (Se program s. 27)
- 10.00-12.00 Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL): Møterom: Polarbjørn (Se program s. 32)
- 10.00-12.00 Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO): Møterom Rica V (Se program s. 32)
- 12.15-13.45 Lunsjsymposium i regi av Bayer HealthCare. Se eget program
- 12.00-13.45 Lunsj for resten av deltagerne
- Årsmøte 2011**
- 14.00-14.25 Ordfører i Ålesund Bjørn Tømmerdal ønsker velkommen
Åpning av Årsmøtet: Leder i NGF, Bjørn Backe
- 14.30-15.30 Arne Sunde: Om egg, embryo og livsstil; epigenetisk tilpasning til omgivelsene
- 15.30-16.00 Pause
- 16.00-16.05 Jostein Tjugum: Informasjon om laporaskopiregisteret
Fagpolitisk debatt
- 16.10-16.45 Torbjørn Eggebø: Hva vil rutinemessig ultralyd i første trimester innebære for oss?
- 16.50-17.30 Heidi Merete Rudi: Når alvorlige, uventede hendelser oppstår - varslingsplikt og utrykningsgruppe
- 18.30-24.00 "Get Together" i Teaterfabrikken

Fredag 9/9

- 08.30-10.00 **Gynekologi/Obstetrikk:**
- 08.30-09.00 Carl Nilsson: Kirurgisk behandling av inkontinens de siste 40 år
- 09.00-09.30 Bo Jacobsson: Spontan for tidlig fødsel - nye data fra Mor-Barn undersøkelsen
- 09.30-10.00 Helga B. Salvesen: Endometriecancer: individuelle kvinner – individuell behandling. Hva bør vi vektlegge i vår behandlingsstrategi?
- 10.00-10.30 Pause
- 10.30-12.00 **Frie foredrag sesjon 1:**
- 1 EN KLINISK STUDIE AV CERVIXDYSPASI HOS LANGTIDS OVERLEVENE ETTER ALLOGEN STAMCELLETRANSPLANTASJON
Wang Y, Brinch L, Jepsen P, Tanbo T, Kirschner R
 - 2 RUTINEMESSIG BRUK AV FARGEDOPPLER VED UNDERSØKELSE AV FOSTERHJERTET Eggebø TM, Heien C, Berget M, Lycke Ellingsen C
 - 3 INTRA- AND INTER-RATER STUDY OF DIAGNOSING MAJOR DEFECTS OF THE PUBOVISCERAL MUSCLE ON 3D/4D ULTRASOUND IN PRIMIPAROUS WOMEN SIX WEEKS AFTER VAGINAL DELIVERY.
Stær-Jensen J, Richter F, Hilde G, Brækken I H, Bø K, Engh M E
 - 4 OBSTETRIC ANAL SPHINCTER INJURIES AMONG FIRST DEGREE RELATIVES: REGISTRY-BASED COHORT STUDY
Baghestan E, Irgens L, Børdahl PE, Rasmussen SA
 - 5 FOREKOMSTEN AV ANALINKONTINENS – EN POPULASJONSBASERT TVERRSNITTSSTUDIE FRA HELSEUNDERSØKELSEN I NORD-TRØNDELAG (HUNT 3)
Rømme K, Schei B, Rydning A, Morkved S
 - 6 RESULTATER AV PRIMÆRSUTURERING ETTER SFINKTERRUPTUR. KAN PASIENTRESULTATENE BLI BEDRE?
Spydslaug A, Lande E, Alnæs P, Laine K, Staff AC
 - 7 SAMMENLIKNING AV LEVATOR HIATUS DIMENSJONER OG BEKKENBUNNS FUNKSJON HOS KVINNER MED OG UTEN SKADE AV PUBOVISCERAL MUSKELEN, ET TRE OG FIRE-DIMENSJONAL TRANSPERINEAL ULTRALYDSSTUDIUM.
Majida M, Brækken IH, Bø K, Engh ME
 - 8 PREOPERATIV PROVOKASJONSTESTING OG POSTOPERATIV STRESSINKONTINENS ETTER UROGENITAL DESCENSKIRURGI
Svenningsen R, Borstad E, Spydslaug AE, Sandvik L, Staff AC

12.00-13.00	Lunsj
13.00-14.30	Frie foredrag sesjon 2:
9	SAMMENHENG MELLOM HCG OG KROPPSMASSEINDEX I TIDLIGE IVF-SVANGERSKAP Tanbo T, Fedorcsak P, Mørkrid L, Eskild A
10	THE EFFECT OF ENDOMETRIOSIS SURGERY ON SUBSEQUENT IVF OUTCOME Opøien HK, Fedorcsak P, Åbyholm T, Tanbo T
11	HJELPEKONER (TRADITIONAL BIRTH ATTENDANTS) ER VIKTIGE I KAMPEN FOR BEDRE MØDREHELSE I LAVINNTEKTLAND. ERFARINGER FRA NORDVESTLIGE KAMBODSJA. Steinholt M, Husum H, Houy C, Lejon H, Sam O, Larsen S
12	TIDLIGERE KEISERSNITT – FOREKOMST, BEHANDLING, RESULTATER – ET 22 ÅRS MATERIALE FRA LILLEHAMMER Salvesen VS, Westad S, Nakling J
13	PROAKTIV BEHANDLING AV FØDSLER MEDFØRTE REDUSERT SECTIOFREKVENS Værnesbranden MR, Wendel SB, Sjøborg KD
14	FORLØSNINGSMETODE OG POSTPARTUM PSYKOLOGISK STRESS: EN PROSPEKTIV KOHORTSTUDIE AV 55 814 KVINNER Adams SS, Eberhard-Gran M, Sandvik ÅR, Eskild A
15	VURDERING AV 871 FØDSELSSKADER I NORSK PASIENTSKADEERSTATNING (NPE), MED FOKUS PÅ MEDHOLDSSAKER Andreasen A, Backe B, Jørstad RG, Øian P
16	RUSMIDDELFUNN, OVERGREPSKARAKTERISTIKA OG KLINISKE OPPLYSNINGER BLANT KVINNER UNDERSØKT VED ST. OLAVS HOSPITAL ETTER SEKSUELT OVERGREP Hagemann CT, Spigset O, Helland A, Espnes KA, Ormstad K, Schei B
14.30-15.00	Pause (posterbesøk)
15.00-16.00	Frie foredrag sesjon 3:
17	EVALUERING AV FAST-TRACK KIRURGI VED GYNEKOLOGISKE INNGREP – ET KVALITETSSIKRINGSPROSJEKT Hære I.M , Økland I
18	URESORBERBART NETT VED BEHANDLING AV HØYGRADIG GENITALPROLAPS Montzka P, Sævik Lode M
19	MAKROSOM FOSTERVEKST ER FORBUNDET MED MER ENN PROPORSJONAL ØKNING AV NAVLEBLODSTRØM TIL MORKAKE OG FOSTERLEVER Ebbing C, Rasmussen S, Kiserud T
20	RISIKO FOR SKULDERDYSTOCI: HVILKEN BETYDNING HAR FØDSELSVEKT OG PARITET? EN POPULASJONSBASERT STUDIE AV 1 914,544 FØDSLER. Øverland EA, Vatten L, Eskild A
21	RISIKO FOR INSTRUMENTELL VAGINAL FORLØSNING OG KEISERSNITT HOS OVERVEKTIGE Morken NH, Magnus P, Skjærven R
16.00-16.30	Pause
16.30-18.00	Generalforsamling i Amfiet
19.30	Årsmøtemiddag

Lørdag 10/9

09.00-10.30	Obstetikk/Gynekologi:
09.00-09.30	Guttorm Haugen: Mors ernæring påvirker barnets blodsirkulasjon. Har dette betydning for barnets helse senere i livet?
09.30-10.00	Usha Hartgill MRCP, Specialist in Genito-Urinary Medicine: Seksuelt overførbare sykdommer – what's new this season?
10.00-10.30	Sigrun Kjotrød: Klokken tikker – når slutter eggstokkene å ringe?
10.30-11.00	Pause
11.00-12.00	Frie foredrag sesjon 4:
22	INSIDENS OG RISIKOFAKTORER FOR INTRAUTERIN FOSTERDØD - EN KASUS -KONTROLL STUDIE Helgadottir LB, Skjeldestad FE, Jacobsen AF, Sandset PM, Jacobsen EM
23	HYPERTENSJON I SVANGERSKAPET OG RISIKO FOR FOSTERDØD Ahmad AS, Samuelsen SO, Eskild A
24	HPV MRNA TESTING IN THE FOLLOW UP AFTER CONISATION TO PREDICT RESIDUAL DISEASE Tropé A, Sjøborg K, Jonassen CM, Nygård M, Dahl FA, Alfsen CG, Lie KA
25	BEDRET 8-ÅRS OVERLEVELSE FOR EGGSTOKKREFT PASIENTER I FIGO STADIUM IIIC SOM BLE OPERERT VED UNIVERSITETSSYKEHUS SAMMENLIGNET MED LOKAL SYKEHUS Szczyesny W, Paulsen T, Vistad I, Nakling J, Tropé C
26	ØKT OVERLEVELSE OG ENDRET BEHANDLINGSSTRATEGI VED ENDOMETRIEKREFT DE TRE SISTE DECENNIER Trovik, J, Mauland, K, Werner HMJ, Wik, E, Salvesen HB



12.00-13.00	Lunsj
13.00-14.00	Frie foredrag sesjon 5:
27	ØKT PREVALENS AV PCOS OG DIABETES MELLITUS BLANT KVINNER MED TIDLIGERE PRETERM FØDSEL Eilertsen T, Vanky E, Carlsen SM
28	FIBRONECTIN-TEST: ER DEN NYTTIG ELLER EN EKSTRA UTGIFT? EN RETROSPEKTIV STUDIE Berntzen LD, Flem Jacobsen A
29	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN (IGFBP-1) I CERVIKALSEKRET - EN NY METODE FOR Å PREDIKERE TID TIL FØDSEL OG INDUSERBARHET? Dögl M, Skogvoll E, Heimstad R
30	IGANGSETTELSE AV FØDSEL MED ENKEL VERSUS DOBBEL BALLONG KATETER – EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE Haugland B, Albrechtsen S, Lamark E, Rasmussen S, Kessler J
31	PREDIKSJON AV FØDSELSMETODE MED TRANSPERINEAL ULTRALYD – 2D ELLER 3D? Torkildsen EA, Salvesen KÅ, Eggebø TM

14.00-14.10 **Avslutning. Priser for beste foredrag og plakater.**

Program for formøtet NUGG

8. september 2011 kl 10.00

Møteleder: Kari Western

1. Prosedyrekoder (NCSP) i prolapskirurgien
Innledning ved Jostein Tjugum
2. TVT-operasjoner i Gaza
Einar Lande
3. Komplikasjoner til nettkirurgi
Innledning ved Marie Ellström Engh, Diskusjon
4. Informasjon ang. Norsk Kvinnelig Inkontinensregister (NKIR)
Sigurd Kulseng-Hanssen
5. Komplikasjonskvarteret
Rune Svenningsen

Program for formøtet PSL (Praktiserende Spesialisters Landsforening)

8. september 2011 kl 10.00

Møteleder: Runa S. Aabø

“Fra frustrasjon til begeistring(!?) - koding og rapportering i praksis” Arnt Ole Ree Lege og fagsjef klinisk IKT, Helse Sør-Øst RHF

- | | |
|-------------|--|
| 10.00-10.30 | Formål med og bruk av aktivitetsdata for avtalespesialister |
| 10.30-10.50 | Eksempler fra praksis |
| 10.50-11.20 | Diagnose og prosedyrekoding i gynekologisk praksis - med eksempler |
| 11.20-11.30 | Spørsmål og kommentarer |

Program for formøtet til Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)

8. september 2011 kl 10.00

Møteleder: Rita Steen

- | | |
|---------------|--|
| 10.00 – 10.20 | Presentasjon av: Removab (malign acites), Yondelis (ovariecancer/sarkom) og Aloxi (kjemoterapi induisert kvalme)
<i>Bjørn Augdal, Field Product Manager, Swedish Orphan Biovitrum</i> |
| 10.25 – 11.05 | HPV scenario kvinne-mann 2011
<i>Ole-Erik Iversen, Universitetssykehuset i Bergen</i> |
| 11.10- 11.45 | HPV tester; på hvilket grunnlag skal gynekologen velge testtype?
<i>Rita Steen, Radiumhospitalet, OUS</i> |



p = 0.027

- Effektiv etterbehandling ved Bakteriell vaginose
(ref.: B Stray-Pedersen et al, BMC Women's Health 2008, 8;3)
- Ecovag Balance® inneholder naturlige kvinnelige melkesyrebakterier og har i vitenskapelige, kliniske studier, bevist sin effektivitet
Les mer på www.vitaflo.net
- Ecovag Balance skal *kun* doseres én gang daglig
- Ecovag Balance fås på apotek og i Vitaflos nettbutikk



Vitaflo Scandinavia AB NUF
Fornebuveien 44,
Postboks 107, 1325 Lysaker
Telefon: 67 11 25 40
Fax: 67 11 25 41
Web: www.vitaflo.net
E-post: infono@vitaflo.net


VITAFLO
Part of the Navamedic Group



FORSKNINGSSTIPEND GYNEKOLOGI OG OBSTETRIKK NOK 50.000

Norsk Gynekologisk Forening utlyser et forskningsstipend i gynekologi og obstetrikkk pålydende NOK 50.000. Aktuelle forskningsprosjekt kan være klinisk eller basalt rettet med relasjon til human medisin. Forskningsprosjektet skal utføres i Norge. Søkeren må også være bosatt i Norge og skal selv være en aktiv deltager i prosjektet. Stipendet er personlig. Det skal i søknaden gjøres rede for søkerens vitenskapelige erfaring og hvordan midlene er tenkt anvendt. Vi presiserer at stipendet ikke er en pris for allerede utført forskning. Stipendet kan i spesielle tilfeller deles mellom ulike forskningsprosjekt.

En komité utnevnt av styret i Norsk Gynekologisk Forening vil behandle søknadene.

Tildelingen av stipendet vil foregå på NGFs årsmøte i Ålesund i september 2011. Den eller de som har mottatt forskningsstipendet må være villig til å presentere forskningsresultatene i et egnet forum. Søknaden stiles til Norsk Gynekologisk Forening v/ Toril Kolås, Sykehuset Innlandet, Anders Sandvigsgate 17, 2609 Lillehammer og skal inneholde en kortfattet forskningsplan, curriculum vitae og et budsjett for prosjektet. Søknadsfristen er 15. august 2011.

Eventuelle spørsmål kan rettes til Toril Kolås, tlf 911 55 703, e-post: Toril.Kolas@sykehuset-innlandet.no

HEDERSPRIS NOK 40.000

1. Prisen "Norsk Gynekologisk Forenings Hederspris" utgjør i 2011 40 000 kr
2. Prisen er en direkte videreføring av Scheringprisen som ble etablert og utdelt første gang i 1986
3. Prisen utdeles ved Norsk Gynekologisk Forenings årsmøte hvert år av NGFs formann og en representant fra Bayer HealthCare
4. Prisen utdeles for beste forskningsinnsats eller fortjenestefullt arbeid i gynekologi/obstetrikkk
5. Alle medlemmer av NGF kan gi begrunnet forslag på kandidater
6. Prisen utdeles fortrinnsvis til medlemmer av NGF, men kan tildeles ikke-medlemmer for forskning eller fortjenestefullt arbeide innen eller i nær tilknytning til faget gynekologi/obstetrikkk
7. Ved mangel på tilfredsstillende kandidater ett år, kan evt. utdeling utsettes slik at man et annet år kan gi to priser
8. Utvelgelse til prisen skjer ved et utvalg som består av sittende styreformann og de to sist avgåtte formenn i Norsk Gynekologisk Forening



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

ReplensMD – et førstevalg

Veldokumentert **HORMONFRI**
VAGINAL GEL – en rekke
publiserte studier **VISER EFFEKT.**

Effektiv mot **VAGINAL TØRRHET**
i hele **72 TIMER** per dosering.

Hormonfri markedsleder i snart 20 år.
Anbefales av gynekologer over hele verden.

Klinisk
dokumentert
– Kjøpes i
apotek



Ring eller mail oss for
dokumentasjon og
pasient informasjon.

Markedsføres av

 **MEDLITE**

Medlite AS, pb 288, 3081 Holmestrand
Tlf. 33 09 62 12 – post@medlite.no
www.medlite.no

Frie Foredrag Sesjon I

I. EN KLINISK STUDIE AV CERVIXDYSPLASI HOS LANGTIDS OVERLEVENDE ETTER ALLOGEN STAMCELLETRANSPLANTASJON

Wang Y¹, Brinch L², Jebsen P³, Tanbo T¹, Kirschner R¹

¹Gynekologisk avdeling, Kvinne- og barneklivnikken, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet; ²Avdeling for blodsykdommer, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet; ³Avdeling for patologi, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet.

Bakgrunn. Allogen stamcelletransplantasjon (Allo-SCT) kan kurere pasienter med leukemi, lymfom, og alvorlig aplastisk anemi. Over 80% av pasientene som lever to år etter transplantasjon vil bli langtids overlevende, uten tilbakefall av grunnsykdommen. Formålet med oppfølging av disse pasientene er å identifisere og behandle sene komplikasjoner som kan påvirke deres livskvalitet og leveutsikter. Livmorhalskreft er den tredje vanligste kreftformen hos langtids overlevende etter Allo-SCT. Utvikling av livmorhalskreft kan følges ved cytologisk screening av cervix før og etter transplantasjonen. Hensikten med denne studien var å evaluere forekomst og risikofaktorer for cervixdysplasi og humant papillomavirus (HPV) infeksjon hos langtids overlevende etter Allo-SCT, og forbedre overvåkingen for å oppnå tidlig diagnostikk og effektiv behandling av cervixdysplasi.

Metode. Det er en retrospektiv studie av 89 kvinner som hadde overlevd ≥ 5 år etter Allo-SCT (1985-2005). Alle pasientene gjennomgikk vanlig gynekologisk undersøkelse og cytologisk screening av cervix før og etter Allo-SCT. Forekomst av cervixdysplasi og HPV-infeksjon ble beregnet. Cytologisk High-grade Plateepitel Intraepitelial Lesjon (HSIL) etter transplantasjon ble sammenlignet med ulike kliniske parametre for å identifisere risikofaktorer for cervixdysplasi. Multivariat analyse med logistisk regresjon ble brukt for å identifisere uavhengige risikofaktorer etter justering for konfunderende faktorer.

Resultater. Median oppfølgingstid var 11 år (5-25 år). Hos 61 av 89 pasienter (69%) ble det påvist cervixdysplasi: atypiske plateepitelceller av usikker betydning (ASC-US) 32% (28/89), Low-grade Plateepitel Intraepitelial Lesjon (LSIL) 10,1% (9/89), og HSIL 27% (24/89). Ingen hadde invasiv livmorhals kreft. HPV status var tilgjengelig hos 43 pasienter; hvorav 12 (28%) var HPV positive. Blant de 69 pasientene med normal cytologisk prøve før transplantasjon, var forekomsten av cytologisk HSIL 23% (16/69) etter transplantasjonen. Etter justering for konfunderende faktorer; var bare ubeslektet giver og vulvovaginal kronisk Graft-Versus-Host-Sykdom (cGVHD) uavhengige risikofaktorer for cytologiske HSIL etter transplantasjon, med høyest risiko blant pasienter med vulvovaginal cGVHD (justert OR 23.97).

Konklusjon. Langtids overlevende etter Allo-SCT har høy risiko for cervixdysplasi. Vulvovaginal cGVHD og ubeslektet giver er de eneste uavhengige risikofaktorer for cervixdysplasi. Regelmessig oppfølging med gynekologisk undersøkelse og cytologisk screening av cervix hos disse pasientene er viktig for å stille diagnosen tidlig og gi effektiv behandling og redusere byrden av denne potensielt dødelige tilstanden.

2. RUTINEMESSIG BRUK AV FARGEDOPPLER VED UNDERSØKELSE AV FOSTERHJERTET

Eggebo TM¹, Heien C¹, Berget M², Lycke Ellingsen C³

¹Ultralylaboratoriet, Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssykehus, Stavanger; ²Barneavdelingen, Stavanger Universitetssykehus, Stavanger; ³Avdeling for patologi, Stavanger Universitetssykehus, Stavanger.

Bakgrunn. Det er vanlig å bruke fargedoppler for å undersøke fosterhertet når man har mistanke om hjertefeil, men dette er ikke anbefalt ved rutineundersøkelsen i andre trimester. Hensikten med denne studien var å undersøke hvor stor andel av alvorlig hjertefeil som ble oppdaget ved rutinemessig bruk av fargedoppler i tillegg til vanlig gråtone (B-mode) ultralyd. Vi ønsket også å vurdere hvilket ultralydfunn som var hovedgrunnen til at hjertefeilen ble oppdaget.

Metode. Fra mai 2006 til juli 2009 ble fargedoppler brukt rutinemessig ved alle hjerteundersøkelser i andre og tredje trimester ved Stavanger Universitetssykehus. 6781 kvinner fikk utført rutineundersøkelsen ved sykehuset i studieperioden. Først ble de gravide undersøkt med B-mode ultralyd etter retningslinjer fra den internasjonale ultralydforeningen (ISUOG). Deretter ble fosterhertet undersøkt i tre tverrsnitt med fargedoppler: 4-kammersnittet, 5-kammersnittet (aortaavgangen) og 3-karsnittet. Hjertefeil som førte til terminering av svangerskapet eller som behøvde invasiv behandling hos barnet ble regnet som alvorlige. Klassifiseringen ble gjort minst ett år etter fødsel.

Resultater. 39 foster, som ble undersøkt i studieperioden, viste seg å ha en alvorlig hjertefeil og 26 (67%) ble oppdaget før fødselen. 19/39 (49%) ble oppdaget ved rutineundersøkelsen, tre (8%) før rutineundersøkelsen og fire (10%) ble oppdaget seinere i graviditeten. 13 (33%) alvorlige hjertefeil ble oversett. 23/39 (59%) ble født i live, men to av disse død like etter fødsel (begge med trisomi 13). De resterende 21 ble operert og var i god form ved ett års alder.

Hovedfunnet ved ultralydundersøkelsen var ubalansert 4-kammersnittet hos fire, manglende blodstrøm over mitralklaffen hos tre, én felles atrioventrikulær (AV) klaff hos tre, AV-insuffisiens hos fire, overriding aorta hos to, parallell avgang av de store kar hos tre, ett stort kar i 3-karsnittet hos fire, retrograd blodstrøm i tre-kar snittet hos to og unormal posisjon av hjertet hos ett foster.

Konklusjon. Oppdagelsesfrekvensen av alvorlige hjertefeil i denne studien var høyere enn i tidligere skandinaviske studier. I mange av tilfellene var hovedfunnet knyttet til bruk av fargedoppler og vi tror at rutinemessig bruk kan være nyttig.

3. INTRA- AND INTER-RATER STUDY OF DIAGNOSING MAJOR DEFECTS OF THE PUBOVISCERAL MUSCLE ON 3D/4D ULTRASOUND IN PRIMIPAROUS WOMEN SIX WEEKS AFTER VAGINAL DELIVERY.

Stær-Jensen J¹, Richter F^{1,2}, Hilde G^{1,3}, Brækken I H³, Bø K^{1,3}, Engh M E^{1,2}

¹Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology, Lørenskog; ²Faculty Division Akershus University Hospital, University of Oslo; ³Norwegian School of Sports Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo, Norway.

Background. There is emerging evidence that major pubovisceral muscle defects (PVMD) are one of the links between vaginal delivery and pelvic organ prolapse (POP). Major PVMD has been shown in 21-36% of women several years after delivering vaginally. Diagnosing major PVMD shortly after childbirth might enable better prevention of POP. To our knowledge no previous studies have evaluated the intra- and inter-rater reliability in diagnosing major defects of the pubovisceral muscle in primiparous women shortly after vaginal delivery.

Method. 40 women participating in an ongoing cohort study were included. To ensure at least 30% of PVMD a project nurse picked the 40 datasets from a list stratified according to defects. Data from transperineal 3D/4D ultrasound at maximal pelvic floor contraction were analysed using tomographic ultrasound imaging, first at stratification, then 2-4 months later. The investigators were blinded to all previous collected data and each others results.

Results. The intra-rater agreement for detecting any major PVMD was excellent yielding a Cohen's kappa of 0.79 ($p < 0.001$) with percentual agreement of 90%. The

inter-rater agreement was good, with kappa of 0.74 ($p < 0.001$) and percentual agreement of 87.5%.

Bilateral and right-sided major defects had excellent inter-rater agreement (kappa 0.79; $p < 0.001$ and kappa 0.91; $p < 0.001$ respectively), whereas defects on the left side showed good agreement (kappa 0.63; $p < 0.001$).

Conclusion. Tomographic ultrasound imaging of the axial plane seems to be a reliable tool for detecting major pubovisceral muscle defects shortly after childbirth.

4. OBSTETRIC ANAL SPHINCTER INJURIES AMONG FIRST DEGREE RELATIVES: REGISTRY-BASED COHORT STUDY

Baghestan E^{1,2,3}, Irgens L^{3,4}, Børdahl PE^{1,2}, Rasmussen SA^{1,2}

¹Institute of Clinical Medicine, University of Bergen; ²Department of Obstetrics and Gynaecology, Haukeland University Hospital, Bergen; ³Medical Birth Registry of Norway, Norwegian Institute of Public Health, University of Bergen; ⁴Locus for Registry Based Epidemiology, Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen.

Background. Obstetric anal sphincter injuries (OASIS) may result in severe complications such as perineal pain, dyspareunia, and anal and urinary incontinence. Although, earlier studies have reported that OASIS tends to recur between deliveries in the same mother; knowledge about aggregation of OASIS in families is limited. Such knowledge might have both clinical and etiological importance. The observed recurrence suggests that there might be a genetic predisposition for OASIS, possibly involving both maternal and fetal genes, thus increasing aggregation of OASIS among first degree relatives. However, permanent environmental factors may also be involved. The aim of this study was to investigate the recurrence of OASIS from a mother to her daughter or son's partner; between sisters, between partners of brothers and between sisters and brother's partners.

Method. In this population-based cohort study, we used data from The Medical Birth Registry of Norway from 1967 to 2008. All singletons, vertex presenting infants weighing 500 g or more were included. Through linkage by national identification numbers 393,856 mother-daughter pairs, 264,675 mother-son pairs, 134,889 mothers whose sisters later became mothers, 132,742 fathers whose brothers later became fathers, 131,702 mothers whose brothers later became fathers and 88,557 fathers whose sisters later became mothers were provided. The main outcome measure was relative risk of OASIS approximated by odds ratios after a previous OASIS in the family.

Results. The risk of OASIS was two fold if the woman's mother or sister had OASIS in a delivery (adjusted odds ratios = 2.0, 95% confidence interval (CI) = 1.7-2.5 and 1.7, 95% CI = 1.5-1.9, respectively). For men who were born in a delivery with OASIS, the risk of OASIS in their partner was moderately increased (adjusted odds ratio = 1.4, 95% CI = 1.1-1.8). If OASIS occurred in one brother's partner; the risk of OASIS in next brother's partner was only marginally increased (adjusted odds ratio = 1.2, 95% CI = 1.0-1.4).

Conclusions. The higher maternal than paternal recurrence of OASIS between first degree relatives indicates maternal rather than paternal genetic susceptibility for OASIS.

5. FOREKOMSTEN AV ANALINKONTINENS – EN POPULASJONSBASERT TVERRSNITTSSTUDIE FRA HELSEUNDERSØKELSEN I NORD-TRØNDELAG (HUNT 3)

Rømme K¹, Schei B^{1,2}, Rydning A³, Mørkved S¹

¹ Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim; ² Kvinneklinikken, St.Olavs hospital, Trondheim; ³ Kirurgisk avdeling, St.Olavs, Trondheim.

Bakgrunn. Analinkontinens (AI) omfatter ufrivillig avgang av luft og/eller avføring. Det er begrenset kunnskap om årsaker og forekomst. Tilstanden kan være relatert til komplikasjoner etter fødsel, da særlig rifter. Hensikten med studien var å kartlegge forekomsten av AI i en uselektert populasjon av kvinner og relatere dette til bakgrunnsfaktorer inkludert paritet.

Metode. Studien er basert på informasjon innhentet ved den tredje helseundersøkelsen i Nord – Trøndelag (HUNT 3). Deltakerne ble bedt om å angi om de hadde vært plaget av lekkasje av luft eller avføring. Spørsmålene var en modifisert utgave av et validert spørreskjema. Deltakere som anga disse plager ukentlig eller hyppigere ble klassifisert til å ha AI.

Resultater. Totalt 40 955 kvinner 30 år eller mer ble invitert, hvorav 25 338 (61.9%) deltok og 20 391 svarte på spørsmål om AI. Totalt 3.0% (95% CI 2.8-3.2) av kvinnene rapportert lekkasje av avføring ukentlig eller hyppigere, tilsvarende tall for luftlekkasje var 18.6% (18.1-19.1) og AI totalt var rapportert av 19.3% (18.7-19.8). Alder og høy kroppsmasseindeks (BMI ≥ 35) var en risikofaktor. Blant de som aldri hadde født var forekomsten av AI, 17.4% (15.5-19.4). Dette var ikke signifikant forskjellig for tilsvarende tall blant de som hadde født 1 eller 2 barn. Blant de som hadde født tre barn eller flere var forekomsten signifikant høyere; 20.9% (20.1-21.7). Forskjellen besto også justert for alder og BMI.

Konklusjon. Analinkontinens er et hyppig problem hos kvinner. Fødsel av tre barn eller flere er en risikofaktor uavhengig av alder og kroppsmasse.

6. RESULTATER AV PRIMÆRSUTURERING ETTER SFINKTERRUPTUR. KAN PASIENTRESULTATENE BLI BEDRE?

Spydslaug A¹, Lande E¹, Alnæs P², Laine K^{1,3}, Staff AC^{1,3}

¹Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus; ²Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus; ³Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Bakgrunn. De siste 9-10 årene har vi på avdelingen hatt fokus på å redusere både forekomst av sfinkterrupturer og analinkontinens etter primærsuturering av sfinkterruptur. Forekomst av sfinkterrupturer i denne perioden er redusert fra 3.3% til 1.8%. Fortløpende kvalitetsregistrering av våre resultater etter primærsuturering av sfinkterrupturer er utført ved avdelingen siden 2003. I 2003 innførte vi nye retningslinjer for behandling av sfinkterrupturer. Vi ønsket å sammenligne våre resultater med hensyn på symptomer på analinkontinens fra 2003/2004 med resultater fra 2009/2010 for å vurdere om de subjektive symptomene etter slike rupturer var endret.

Metode. Retrospektiv gjennomgang av journaler og prospektiv oppfølging etter sfinkterruptur. Ved kontroller postpartum (etter 10-15 måneder) ble det utført gynekologisk undersøkelse, rektalundersøkelse og endoanal ultralydundersøkelse. Symptomer på analinkontinens ble scoret etter Wexners score (2003/2004) og St. Marks score (2009/2010). Statistisk analyse: Chi-square test.

Resultat. I 2003/2004 ble 267 pasienter med gjennomgått sfinkterruptur innkalt, 243 pasienter ble kontrollert (9 % møtte ikke). I 2009/2010 ble 200 pasienter innkalt, 169 pasienter ble kontrollert (16 % møtte ikke).

I 2003/2004 hadde 83 pasienter (34 %) symptomer på analinkontinens (4,1 % avføringsinkontinens). I 2009/2010 hadde noe færre pasienter (41, dvs. 24 % av dem med sfinkterskade) symptomer på analinkontinens (2,9 % avføringsinkontinens), $P=0.0312$.

Konklusjon. I løpet av 5 år er forekomst av analinkontinens etter sfinkterruptur ved vår avdeling redusert fra 34 % til 24 % og dette er statistisk signifikant. Siden vi benyttet Wexners score i første periode og St. Marks score i siste periode, ville det sannsynligvis vært registrert flere med analinkontinens i 2003/2004, og dette ville gitt en ennå større reduksjon i antall pasienter med analinkontinens. Parallelt med en stor nedgang i antall obstetriske sfinkterskader ved vår klinikk fra starten til slutten av siste tiårsperiode er det også oppnådd en nedgang i andel kvinner med analinkontinens etter slike skader.

7. SAMMENLIKNING AV LEVATOR HIATUS DIMENSJONER OG BEKKENBUNNS FUNKSJON HOS KVINNER MED OG UTEN SKADE AV PUBOVISCERAL MUSKELEN, ET TRE OG FIRE-DIMENSJONAL TRANSPERINEAL ULTRALYDSTUDIUM.

Majida M^{1,3}, Brækken IH³, Bø K³, Engh ME^{1,3}

¹ Kvinneklinikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; ² Universitet i Oslo, institutt for klinisk medisin Campus Ahus; ³ Norges idretts Høyskole, avdeling for idretts medisin Oslo.

Bakgrunn. Å sammenlikne bekkenbunns funksjon hos kvinner med og uten skade av en av bekkebunnsmusklene, den puboviscerale muskelen, ved å undersøke forskjeller i graden og symptomer av genital prolaps, levator hiatus dimensjoner og styrke av bekkenbunns muskler.

Metode. 157 kvinner med genital prolaps, grad 0-IV med eller uten symptomer ble rekruttert til denne studien. Alle deltakere svarte på et validert spørreskjema for symptomer, gjennomgikk klinisk undersøkelse for gradering av genital prolaps med (pelvic organ prolapse quantification system -POPQ) og tre/ fire dimensjonal (3D/4D) transperineal ultralyd i hvile, under bekkenbunns kontraksjon og maksimal Valsalva. Registrering av styrke og utholdenhet av bekkenbunns muskler ble utført med et vaginalt ballongkateter. Ultralyd målinger ble gjort med software 4D View (GE, Zipf, Austria). Målinger var gjort for skade på den puboviscerale muskelen og levator hiatus dimensjoner i hvile, under kontraksjon og under Valsalva. Tomogafisk ultralyd analyse metode var brukt for identifikasjon og gradering av muskel skaden. Uttalt skade var karakterisert som "major pubovisceral muscle defect" (PVMD).

Resultater. Levator hiatus dimensjoner i hvile og under kontraksjon var signifikant større hos kvinner med, enn uten skade, på pubovisceral muskelen ($P<0.001$). Kvinner med skade hadde mindre relativ økning av levator hiatus areal i Valsalva sammenliknet med kvinner uten skade (28,2; 95 % CI 19,0-37,5, 38,3 % 95 CI 31,5-45,1) henholdsvis. Bekkenbunnens muskelstyrke og utholdenhet var ikke signifikant forskjellig hos kvinner med og uten skade på den puboviscerale muskelen.

Konklusjon. Kvinner med pubovisceral muskel skade har større levator hiatus dimensjoner i hvile og under sammentrekning, men ikke under Valsalva sammenliknet med kvinner uten skade på muskelen.

8. PREOPERATIV PROVOKASJONSTESTING OG POSTOPERATIV STRESSINKONTINENS ETTER UROGENITAL DESCENSKIRURGI

Svenningsen R¹, Borstad E¹, Spydslaug AE¹, Sandvik L², Staff AC^{1,3}

¹Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus; ²Enhet for biostatistikk og epidemiologi, Oslo Universitetssykehus; ³Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Bakgrunn. En positiv preoperativ provokasjonstest (okkult urininkontinens) kan indikere økt risiko for postoperativ stressinkontinens (POSUI). Vi ønsket å teste den prediktive verdien av ulike enkelttester og testkombinasjoner.

Metode. 140 pasienter med operasjonskrevende urogenitalt descens uten urininkontinens ble inkludert i en prospektiv observasjonsstudie (2007 – 2010). Alle ble forsøkt testet med 4 preoperative tester hvor positiv test var definert som synlig lekkasje ved objektiv testing (test 1-3) eller subjektiv lekkasje (test 4). Test 1-3 (i henholdere) bestod av hostetest og Valsalva etter digital reponering med 100 ml blærevolum (test 1) og reponering med pessar med 100 ml og 300 ml blærevolum (test 2 og 3). Test 4 bestod av kontinuerlig pessarbruk over minimum 1 uke. Positive testkombinasjoner ble definert som minimum en positiv test. Testkombinasjon A bestod av test 3 og 4, testkombinasjon B av test 2-4, og testkombinasjon C av alle fire testene. POSUI ble definert som subjektiv nyoppstått stressinkontinens. Analysene ble utført på 137 pasienter (3 lost to follow-up). Det ble beregnet sensitivitet, spesifisitet, positive og negative prediktive verdier (PPV, NPV). Fisher's test ble benyttet for å teste om økt risiko for POSUI ved positiv test eller testkombinasjon var statistisk signifikant.

Resultater. Insidensen av POSUI var 17 %. Høyest sensitivitet for POSUI hadde testkombinasjonene: 67 - 73 % med spesifisitet 71 - 82 %. PPV for beste enkelttest var 50 % med NPV 87 %. Beste testkombinasjon hadde PPV 44 % og NPV 92 %. Den økte risikoen for POSUI var statistisk signifikant for positiv enkelttest 3 og 4 samt for alle tre testkombinasjonene ($p\leq 0.01$).

Konklusjon. Det foreligger økt risiko for POSUI ved en positiv preoperativ provokasjonstest på gruppenivå. Preoperativ testing på okkult urininkontinens har imidlertid liten klinisk nytteverdi på individnivå grunnet for dårlig sensitivitet og spesifisitet samt for lav positiv prediktiv verdi.

Frie Foredrag Sesjon 2

9. SAMMENHENG MELLOM HCG OG KROPPSMASSEINDEX I TIDLIGE IVF-SVANGERSKAP

Tanbo T¹, Fedorcsak P¹, Mørkrid L², Eskild A³.

¹Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus; ²Avdeling for medisinsk biokjemi, Oslo universitetssykehus; ³Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus.

Bakgrunn. Det er stor variasjon i hCG konsentrasjonen i tidlig svangerskap og årsakene til denne variasjonen er ukjente. HCG induserer differensiering og invasjon av trofoblastceller og er en angiogen faktor som produseres i placenta. Fettvev produserer leptin som også er en angiogen faktor. Det kan derfor være en interaksjon mellom leptin og hCG i tidlig svangerskap. I in vitro studier har slik interaksjon vært vist. Vi studerte sammenhengen mellom hCG konsentrasjon og maternell kroppsmasseindex (KMI) i tidlige svangerskap etter in vitro fertilisering (IVF).

Metode. HCG konsentrasjon ble målt på 12. dag etter embryo-transfer hos 2611 kvinner som ble gravide og fødte barn etter IVF på Rikshospitalet. Også opplysninger om høyde og vekt fra før graviditeten var innhentet for disse.

Resultater. Det var en stor spredning i hCG konsentrasjon på dag 12 etter embryo-transfer, fra 1 til 700 IU/L. Gjennomsnittlig hCG var høyere hos de 501 kvinnene med flerlingsvangerskap (202.8 IU/L) enn blant kvinner som fødte ett barn (124.1 IU/L), $p < 0.001$. Vi fant en invers korrelasjon mellom KMI og konsentrasjonen av hCG i utvalget som helhet, i flerlingsvangerskap og blant kvinner som fødte ett barn. Hos kvinner som fødte ett barn sank gjennomsnittlig hCG-konsentrasjon fra 136.6 IU/L (75.7 IU/L) blant kvinner med KMI < 20 til 97.7 IU/L (SD 50.5 IU/L) hos kvinner med KMI > 35 .

Konklusjon. Kvinner med høy KMI har lavere hCG konsentrasjon i tidlig svangerskap enn kvinner med lav KMI. En slik sammenheng har ikke tidligere vært rapportert og er ikke lett å forklare. Sammenhengen kan være en effekt av større distribusjonsvolum hos fete kvinner. Det er også mulig at det er faktorer hos fete kvinner som har liknende funksjon som hCG. Nivået av leptin er høyere hos fete kvinner enn hos tynne og leptin, i likhet med hCG, har angiogene egenskaper.

10. THE EFFECT OF ENDOMETRIOSIS SURGERY ON SUBSEQUENT IVF OUTCOME

Opøien HK^{1, 2}, Fedorcsak P², Åbyholm T^{3, 4}, Tanbo T^{1, 2, 3}

¹Norwegian Resource Centre for Women's Health, Oslo University Hospital Rikshospitalet, Norway; ²Section of Reproductive Medicine, Department of Gynaecology, Oslo University Hospital Rikshospitalet, Norway; ³University of Oslo, Norway; ⁴Department of Obstetrics, Oslo University Hospital Rikshospitalet, Norway.

Background. Surgical eradication of minimal and mild endometriosis has been shown to increase the birth rate spontaneously and after intrauterine insemination. We examined whether surgical eradication of minimal and mild endometriosis prior to in vitro fertilization would also improve treatment outcome.

Methods. Retrospective cohort study was performed in a reproductive medicine unit at a university hospital. Records of infertile patients with minimal and mild endometriosis (ASRM I and II) with no prior IVF / ICSI treatments were analyzed according to the extent of surgical treatment, i.e. no, partial or complete removal of endometriosis prior to in vitro fertilization.

Results. During the first treatment cycle of IVF / ICSI, women who had undergone complete removal ($n = 399$) of endometriotic lesions experienced, compared to diagnostic laparoscopy only ($n = 262$), a significantly improved implantation rate (30.9% versus 23.9%, $P = 0.02$), pregnancy rate (40.1% versus 29.4%, $P = 0.004$) and life birth rate per ovum retrieval (27.7% versus 20.6%, $P = 0.04$). Notably, women undergoing partial resection of the endometriosis lesions had outcomes intercedent the two other groups. Complete surgical treatment also gave higher cumulative pregnancy rates and was of special benefit for women with long history of infertility.

Conclusions. Complete diathermy of minimal and mild endometriosis improves subsequent IVF / ICSI treatment, including live birth rate.

11. HJELPEKONER (TRADITIONAL BIRTH ATTENDANTS) ER VIKTIGE I KAMPEN FOR BEDRE MØDREHELSE I LAVINNTEKTLAND. ERFARINGER FRA NORDVESTLIGE KAMBODSJA.

Steinholt M¹, Husum H¹, Houy C², Lejon H¹, Sam O², Larsen S³

¹Tromsø Mineskadesenter, Universitetssykehuset Nord Norge, ²Trauma Care Foundation, Cambodia, ³Senter for epidemiologi og biostatistikk, Norges Veterinærhøgskole.

Bakgrunn. 98 % av alle mødredødsfall skjer i 3. verden. De fleste av disse dødsfallene kan unngås, og fattigdom er en av hovedårsakene til at kvinnene ikke har tilgang på nødvendige helsetjenester. I tidsrommet 2005 – 2007 iverksatte Trauma Care Foundation Cambodia en ny modell for mødrehelse i Battambangprovinsen i Kambodsja. For å kunne nå kvinnene med størst risiko for å dø i forbindelse med svangerskap og fødsel, bestemte TCF-C å inkludere både hjelpekoner og utdannede jordmødre i prosjektet.

Metode. Høsten 2004 gjennomførte TCF 10 dagers "grunnkurs" for ei gruppe instruktører bestående av 16 jordmødre og 10 medics fra helsesentre og lokalsykehus i nedslagsfeltet.

Etter grunnkurset i 2004 gjennomført instruktørene opplæring av 337 hjelpekoner og 150 landsbyførstehjelpere. Opplæringsprogrammet gikk over 3 dager og inneholdt basal fødselshjelp samt risikofaktorer i svangerskap og under fødsel. Hjelpekonene møtte med instruktørene 4 ganger pr år.

Resultater. Alle fødslene i nedslagsfeltet ble registrert i en database. Totalt antall fødsler i perioden var 6261. Hjelpekonene tok imot 45 % av barna. De øvrige kvinnene, 55%, fødte med utdannet jordmor enten på sykehus eller lokalsykehus. Mødredødelighet er analysert ved bruk av metoden Geometrical probability analysis (ventetidsanalyse), og foreløpige resultater viser en signifikant reduksjon i MMR fra 1,7 % til 0,5 % blant kvinnene som fødte sammen med hjelpekoner. Perinatal dødelighet ble redusert med 60 % i hele materialet.

Konklusjon. Foreløpige analyser tyder på at det å inkludere hjelpekoner på landsbygda i Kambodsja har vært svært vellykket med hensyn til både nyfødte- og mødredødelighet. Dødelighet blant både mor og barn sank i begge grupper, men reduksjonen var størst i gruppen som var forløst av hjelpekoner. TMC og TCF mener disse resultatene er så lovende at WHO bør revurdere sine anbefalinger om ikke å inkludere hjelpekoner / tradisjonelle jordmødre i mødrehelsearbeidet i land der mangel på kvalifisert helsepersonell er stor.

12. TIDLIGERE KEISERSNITT – FOREKOMST, BEHANDLING, RESULTATER – ET 22 ÅRS MATERIALE FRA LILLEHAMMER

Salvesen VS¹, Westad S¹, Nakling J¹

¹Gynekologisk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Lillehammer.

Bakgrunn. Keisersnittfrekvensen har i studieperioden steget fra 8% til 16%. Gravide med tidligere sectio, hodeleie og gestasjonsalder over uke 37 (gruppe 5 "Robson- klassifikasjonen") utgjør en økende andel av fødepopulasjonen, fra ca 3% til ca 8%

Mål. Se på risiko for uterusruptur; forandringer i holdning til vaginal fødsel etter keisersnitt, utkomme for mor og barn og evaluere gjeldende behandlingsprosedyrer.

Metode. Ved rutineultral lyd ble tidligere fødsler gjennomgått med den gravide. Ved tidligere gjennomgått sectio fikk den gravide time til vurdering av forløsningsmetode i uke 36. Data angående tidligere og aktuelle svangerskap samt fødsel ble kontrollert og kvalitetssikret av to overleger. Avdelingens retningslinjer for forløsning av tidligere keisersnitt var uendret i tidsperioden, bortsett fra behandling av overtidige svangerskap. Fra 1. januar 2004 ble svangerskap med lengde over 293 dager anbefalt induksjon. Gravide med minst to tidligere keisersnitt ble forløst ved elektivt sectio. Vaginal forløsning ble anbefalt ved øvrige svangerskap, men faktorer ved tidligere fødsler ble vektlagt i vurderingen for anbefalt forløsning. Studieperioden var fra 1. januar 1989 til 31. desember 2010.

Resultater. Det var 28 364 fødsler i perioden. 1600 fødsler av kvinner med tidligere sectio. Studien viser en stabil keisersnittfrekvens på mellom 45% og 50% i denne gruppen. Ved dikotomisering av studiepopulasjonen er det en høyere andel av induksjoner i siste periode. Det var en uterusruptur i første periode og syv uterusrupturer i siste periode. Det var ett perinatal dødsfall ved uterusruptur. Prosentvis planlagte keisersnitt var uforandret i studieperioden, omkring 30%. Andelen induksjoner steg med 52% fra første til siste periode. Apgar-score under 7 etter 5 minutter var uendret.

Konklusjon. 22års materialet tyder ikke på forandring av holdning til forsøk på vaginal fødsel etter tidligere sectio, men det var flere induksjoner i siste periode. Det var en økning i antall uterusrupturer i siste periode uten at vi kan finne noen direkte årsak til det. Behandlingsprosedyren bør opprettholdes.

13. PROAKTIV BEHANDLING AV FØDSLER MEDFØRTE REDUSERT SECTIOFREKVENNS

Værnesbranden MR¹, Wendel SB¹, Sjøborg KD¹

¹Kvinneklinikken, Sykehuset Østfold, Fredrikstad.

Bakgrunn. I 2009 hadde Sykehuset Østfold blant landets høyeste sectiofrekvens på 20.5%, hvorav akutte sectioforløsninger utgjorde 66.3%. Vi ønsket å kartlegge sectioindikasjon og implementere tiltak for å redusere andelen akutte sectioforløsninger.

Metode. Alle kvinner som ble forløst med sectio ved Sykehuset Østfold fra 01.01.2009 til 31.12.2010 ble inkludert. Data fra kvinner forløst i 2009 ble innhentet retrospektivt fra Partus 3.2.0 (Csam Health AS, Norge) og medisinske journaler. Data fra kvinner forløst i 2010 ble registrert prospektivt av opererende lege i en egnet operasjonsmodul i Partus. Hoved- og biindikasjon, operatør og assistent samt hastegrad (elektivt, akutt eller katastrofe) ble registrert. En tverrfaglig gruppe (2 leger og 3 jordmødre) kartla sectioindikasjon og utarbeidet tiltak om proaktiv behandling av fødselen: amniotomi ved 2 timer uten fremgang, oxytocininfusjon ved risvekkelse, kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor på fødestuen fra 6 cm mormunnsåpning, god væske- og energitilførsel samt undervisning av jordmødre og leger i fødselsmekanikk og diagnostikk ved "langsom fremgang". Tiltakene ble iverksatt fra 1. januar 2010.

Resultat. Den totale sectiofrekvensen sank fra 20.5% (665/3240) i 2009 til 17.6% (558/3157) i 2010, $p=0.004$. Andelen akutte sectioforløsninger sank fra 13.6% (441/3240) til 10.9% (345/3157) i samme tidsperiode, $p=0.001$. Den største reduksjonen var på indikasjon "langsom fremgang": 34.7% (153/441) i 2009 til 26% (89/345) i 2010, $p=0.013$. Andelen elektive sectio var 6.9% (224/3240) i 2009 og 6.6% (213/3157) i 2010, $p=0.792$. Total sectiofrekvens første 5 måneder i 2011 har sunket ytterligere til 16.2% (211/1303), $p=0.12$ mot 2010.

Konklusjon. Tiltak rettet mot proaktiv behandling av fødsel medførte en reduksjon av total sectiofrekvens fra 20.5% til 17.6%. Den største reduksjonen var i gruppen akutte sectioforløsninger på indikasjon "langsom fremgang".

14. FORLØSNINGSMETODE OG POSTPARTUM PSYKOLOGISK STRESS: EN PROSPEKTIV KOHORTSTUDIE AV 55 814 KVINNER

Adams SS^{1, 2}, Eberhard-Gran M^{1,4}, Sandvik ÅR^{3,5}, Eskild A^{3,4}

¹HØKH, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; ²Institutt for klinisk medisin, Akershus Universitetssykehus, Universitetet i Oslo; ³Kvinneklinikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; ⁴Divisjon for psykisk helse, Folkehelseinstituttet, Oslo; ⁵Kvinneklinikken, Helse Sunnmøre, Ålesund.

Bakgrunn. Da mange gravide kvinner ønsker elektivt keisersnitt pga. psykologisk stress, ønsket vi å studere om elektiv keisersnittsforløsning gir mindre psykologisk stress etter fødsel.

Metode. Vi studerte 55 814 gravide kvinner i Den norske mor og barn undersøkelsen, rekruttert 1998-2008. Kvinnene besvarte spørreskjema i svangerskapsuke 30 og seks måneder postpartum. Ytterligere opplysninger om graviditet og fødsel ble hentet fra Medisinsk fødselsregister.

En kortversjon av "The Hopkins Symptom Checklist-25" (SCL-8) ble brukt for å undersøke om kvinnene hadde psykologisk stress i svangerskapsuke 30 og seks måneder postpartum. Forandring i psykologisk stress fra svangerskapsuke 30 til seks måneder postpartum ble brukt som utfallsvariabel i den første modellen, analysert med lineær regresjon. Psykologisk stress seks måneder postpartum ble brukt som utfallsvariabel i den andre modellen, analysert med logistisk regresjon. Informasjon om forløsningsmetode var tilgjengelig i Medisinsk fødselsregister. Forløsningsmetode ble kodet normal vaginalforløsning, operativ vaginalforløsning (vakuump- og tangforløsning), akutt keisersnitt og elektivt keisersnitt, og ble brukt som forklaringsvariabel i begge modellene. Følgende variable ble betraktet som konfundere: obstetriske komplikasjoner, paritet, maternell alder, maternell utdanningsnivå og maternell ønske om keisersnitt, og følgelig inkludert i begge modellene.

Resultater. Forandring i psykologisk stress fra svangerskapsuke 30 til seks måneder postpartum hos kvinner med operativ vaginalforløsning, akutt keisersnitt eller elektivt keisersnitt var ikke signifikant forskjellig fra forandring i psykologisk stress observert hos kvinner med normal vaginalforløsning (justerte koeffisienter henholdsvis 0,00; 95% CI -0,02–0,01, 0,01; 95% CI 0,00–0,02, og -0,01; 95% CI -0,02– 0,00). Tilsvarende odds ratioer (OR) for psykologisk stress seks måneder etter fødsels var henholdsvis 1,01; 95% CI 0,97– 1,32, 1,13; 95% CI 0,97– 1,32 og 0,96; 95% CI 0,79– 1,16. Estimaten er justert for ovennevnte konfundere. Psykologisk stress i svangerskapsuke 30 var sterkest assosiert med psykologisk stress seks måneder postpartum.

Konklusjon. Forløsningsmetode var ikke signifikant assosiert med forandring i psykologisk stress hos mor fra svangerskapsuke 30 til seks måneder postpartum, eller med psykologisk stress seks måneder postpartum.

15. VURDERING AV 871 FØDSELSSKADER I NORSK PASIENTSKADEERSTATNING (NPE), MED FOKUS PÅ MEDHOLDSSAKER

Andreasen A¹, Backe B², Jørstad RG³, Øian P⁴

¹Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim; ³Norsk Pasientskadeerstatning, Oslo; ⁴Kvinneklivnikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø.

Bakgrunn. I NPE finnes mye informasjon om hendelsesforløp og årsaker til sviktende behandling i fødselsskadesaker. Denne informasjonen bør benyttes for læring og kvalitetsforbedring innen fødselshjelp. Vi ønsket å vurdere skadetype og årsaker til sviktende helsehjelp i slike saker.

Metode. Alle fødende som mente seg feilbehandlet av helsevesenet og søkte erstatning i NPE. NPE mottok 871 klager i perioden 1994-2008, hvorav 278 fikk medhold.

Resultater. Av 871 klagesaker fikk 278 innvilget erstatning. Fødselsasfyxi var vanligste årsak til skade på barnet. Sfinkterskade og infeksjon var vanligste årsak til skade på mor. Menneskelig feil, både av jordmor (37 % av alle medholdssaker) og obstetrikker (49 %), var vanligste årsak til sviktende helsehjelp. Manglende eller forsinket beslutningstaking, manglende tilkalling av mer kompetent helsepersonell og ufullstendig fosterovervåkning ble registrert i mange av sakene

Konklusjon. Fødselsasfyxi er vanligste årsak til medhold og erstatning, noe som medfører store utgifter for samfunnet. Menneskelig svikt er medvirkende årsak i 92 % av medholdssaker innen fødselshjelp.

16. RUSMIDDELFUNN, OVERGREPSKARAKTERISTIKA OG KLINISKE OPPLYSNINGER BLANT KVINNER UNDERSØKT VED ST. OLAVS HOSPITAL ETTER SEKSUELT OVERGREP

Hagemann CT^{1,2}, Spigset O^{3,4}, Helland A³, Espnes KA³, Ormstad K⁵, Schei B^{1,2}

¹Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim; ²Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim; ³Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs Hospital, Trondheim; ⁴Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU, Trondheim; ⁵Avdeling for rettsmedisin og rusmiddelforskning, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo.

Bakgrunn. Voldtekstmottak skal yte akutt helsehjelp, samt bedrive rettsmedisinsk skadedokumentasjon og prøvetaking. Sistnevnte inkluderer toksikologisk screening av urin/blod. Et økende antall pasienter mistenker å ha blitt utsatt for ufrivillig påført bedøvelse ("neddoping"). Vi ønsket å kartlegge hvilke stoffer som benyttes til å fasilitere seksuelle overgrep, samt å karakterisere overgrep der offeret får påvist rusmidler/alkohol.

Metode. Det er foretatt en retrospektiv deskriptiv pilotstudie av kvinner ≥ 12 år som har henvendt seg til Overgrepsheten ved St. Olavs Hospital etter seksuelt overgrep og der toksikologisk analyse har vært utført, i perioden 2009/2010. Pasientenes sosiodemografiske karakteristika, overgrepskarakteristika og medisinske funn er hentet fra pasientjournalene. Studien er godkjent av REK-midt.

Resultater. Av de 128 inkluderte kvinnene, rapporterte 60 en psykiatrisk sykehistorie og/eller rusmisbruk. 57 kvinner mistenkte å ha vært utsatt for ufrivillig påført bedøvelse, mens 109 rapporterte frivillig inntak av alkohol i forkant av overgrepet. Hos 45 av disse 109 ble alkohol påvist i blodet. De hyppigst påviste andre medikamenter/rusmidler var oksazepam (n=7), cannabis (n=5), metylfenidat (n=4) og kodein (n=4). Et offentlig overgrepssted var rapportert av 48, og 23 rapporterte helt fremmed overgriper. Inntrengning i kroppsåpning var rapportert av 80, og 72 anga at de hadde vært utsatt for fysisk vold. Anogenitale skader ble påvist hos 35 (kolposkopisk undersøkelse), mens 91 fikk påvist skader på andre deler av kroppen. Sædceller ble påvist i cervixutstryk i 30 tilfeller. Blant de som hadde alkohol i blodet, var det flere som rapporterte fremmed overgriper ($p=0,02$) og at de hadde vært utsatt for fysisk vold ($p=0,10$) enn hos de der alkoholanalysen var negativ. Det var ingen forskjeller mellom alkohol positive og negative tilfeller hva gjelder overgrepssted, penetrasjon, anogenitale eller kroppslige skadefunn, eller påvisning av sædceller.

Konklusjon. Vi var ikke i stand til å påvise typiske legemidler eller illegale rusmidler brukt i såkalte rusmiddelassisterte voldtekter (for eksempel flunitrazepam eller GHB). Majoriteten av kvinnene som henvendte seg til Overgrepsheten rapporterte frivillig alkoholinntak i forkant av overgrepet, men mindre enn halvparten testet positivt for alkohol. Det var en høyere andel av overgrep utført av fremmed overgriper; samt bruk av fysisk vold blant kvinnene som testet positivt for alkohol.

Frie Foredrag Sesjon 3

17. EVALUERING AV FAST-TRACK KIRURGI VED GYNEKOLOGISKE INNGREP – ET KVALITETSSIKRINGSPROSJEKT

Hære IM, Økland I

Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssjukehus (SUS), Stavanger.

Bakgrunn. ERAS – enhanced recovery after surgery (fast-track kirurgi) er vist å gi raskere restitusjon og færre komplikasjoner etter operasjon. De viktigste forandringene sammenlignet med tradisjonell kirurgi er: Grundigere pasientinformasjon, raskere mobilisering, perioperativ ernæring og steroidbruk for å unngå katabol tilstand, spesialtilpasset anestesi med god smertelindring, minimal invasiv kirurgi og redusert opiatbruk.

Fra høsten 2008 startet vi opp med ERAS ved KK, SUS.

Metode. Vi ønsket å evaluere kvaliteten på behandlingen ved å undersøke følgende variabler: Liggetid, peroperativ blødning, komplikasjoner og reinnleggelsesrate. Vi inkluderte 364 kvinner i en retrospektiv studie av pasienter som ble operert elektivt med ERAS i tidsperioden januar 2009 – desember 2010. Kontrollgruppa var pasienter som gjennomgikk samme type operasjon i 2007, og som, retrospektiv vurdert, oppfylte kriteriene for ERAS: 164 kvinner. Opplysninger ble hentet fra pasientjournal (elektronisk (DIPS) og papirjournal). Pasientene ble delt inn i 6 undergrupper etter utført operasjon: Vaginal hysterectomi, abdominal hysterectomi, vaginalplastikk, Manchester plastikk, laparoskopisk bilateral salpingo-oophorectomi og andre laparoskopiske operasjoner (unilateral salpingo-oophorectomi, extirpasjon av adnex og reseksjon av ovarium). Data ble analysert statistisk ved T-test og Mann-Whitney test. Studien var godkjent av lokalt personvernombud.

Resultater. Vi fant kortere liggetid etter alle typer operasjoner i ERAS gruppa sammenlignet med kontrollgruppa (p -verdi < 0.01). I aldersgruppa over 60 år fant

vi signifikant kortere liggetid bare ved descensoperasjoner. Det var lik komplikasjons- og reinleggesrate. Det var signifikant mindre peroperativ blødning i ERAS gruppa, men det var beskjedne gjennomsnittlig blødningsmengde i begge grupper.

Konklusjon. Vi har vist at ERAS gir kortere liggetid på sjukehus etter de elektive operasjonene vi har evaluert. Vi fant ingen forskjell i komplikasjons- og reinleggesrate.

Det er viktig å kvalitetssikre nye rutiner, og på bakgrunn av funnene i dette prosjektet planlegger vi nå å gjøre ERAS-opplegget tilgjengelig for nye pasientgrupper.

18. URESORBERBART NETT VED BEHANDLING AV HØYGRADIG GENITALPROLAPS

Montzka P, Sævik Lode M

Kvinneklubben, Helse Sunnmøre HF, Ålesund sjukehus.

Bakgrunn. Høygradig kvinnelig genitalprolaps har alltid vært en operativ utfordring og residivratene variable. Operasjonsmetoder med bruk av uresorberbart nett har økt etter at TVM-metoden ble publisert i 2004.

Metode. Fra 1. mars 2007 til 15. juni 2011 er 88 kvinner med residivprolaps eller uttalt primært totalprolaps blitt operert etter Proliftmetoden ved Kvinneklubben i Ålesund. Alle operasjonene er blitt utført av de samme to operatørene. Pasientene var 70 ± 10 , 1 år gamle. Alle var postmenopausale med paritet $3 \pm 1,0$. Preoperativt forelå prolaps grad $3 \pm 0,6$ etter POPQ. Det ble foretatt 22 anteriorer, 28 posteriorer og 38 totale prosedyrer. Pasientene var $2,5 \pm 1,5$ dager postoperativt innlagt på avdelingen. Det var ingen alvorlige, peroperative komplikasjoner bortsett fra 1 blæreperforasjon. Pasientene ble utskrevet med informasjon om å unngå tunge fysiske belastninger i 2 uker og 2 ukers sykmelding om de var i arbeid. Alle pasienter ble etterundersøkt etter $7,5 \pm 4,7$ måneder.

Resultater. 85 pasienter møtte til kontroll, 78 pasienter var subjektivt fornøyd med operasjonsresultatet, 4 var misfornøyd og 3 nøytrale. Objektivt forelå prolaps grad $1 \pm 1,1$ etter POPQ. Hos en del av pasientene fantes påfallende, men klinisk stort sett ubetydelig, residivcystocele mellom fremre nettkant og urethra. Nettet kjentes dels fortykket og stivt, spesielt i kraniale kant av både fremre og bakre nett. Dette problemet ble løst i 2008, da produsenten tilbydde, og vi dermed gikk over til Prolift-M. Dette nettet består av 30 % resorberbart materiale. Nettersjoner så vi hos 11,4 % av pasientene. Disse målte 2-3 mm og lå i arret for kolporrafien. Alle ble eskidert i lokalanestesi og dekket med vaginalslimhinne, selv om kun 2 pasienter hadde subjektive og objektive symptomer på blottlagt nett.

Konklusjon. Bruk av uresorberbart nett til operativ behandling av genitalprolaps ser ut til å være en lovende metode for postmenopausale kvinner med primær- eller residivprolaps grad 3-4. Det bør fortsatt være streng indikasjon pga. forholdsvis kort observasjonstid. Liggetid i avdelingen og den postoperative inaktivitetsperioden er kortere enn etter tradisjonell prolapskirurgi.

19. MAKROSOM FOSTERVEKST ER FORBUNDET MED MER ENN PROPORSJONAL ØKNING AV NAVLEBLØDSTRØM TIL MORKAKE OG FOSTERLEVER

Ebbing C^{1,2}, Rasmussen S^{1,2}, Kiserud T^{1,2}

¹Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen.

Bakgrunn. Leversirkulasjonen er viktig i reguleringen av fostervekst. Sammenhengen mellom fosterets leversirkulasjon og vekst er studert i dyreforsøk og hos veksthemmede fostre. Men hvordan disse relasjonene er ved makrosom fostervekst er ukjent.

Metode. Vi rekrutterte 58 friske kvinner som tidligere hadde født barn med fødselsvekt >4200 gram til en longitudinell observasjonsstudie. Protokollen var godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, og kvinnene samtykket skriftlig. Ultralydbiometri, Doppler-målinger av blodstrøms hastigheten i ductus venosus, venstre portvene, navlevene og arterie, og arteria hepatica, lienalis, mesenterica superior samt beregning av navleveneblodstrøm ble utført 4 ganger i løpet av siste halvdel av svangerskapet og sammenliknet med en referansepopulasjon ($n=161$). Forholdet mellom fødsels- og placentavekt ble også undersøkt.

Resultater. 29 av de 58 kvinnene fødte barn med fødselsvekt over 90 persentilen, og bare observasjonene fra disse svangerskapene ble inkludert i den statistiske analysen. Navleveneblodstrømmen økte raskere og viste ikke avflating i siste del av svangerskapet sammenliknet med referansepopulasjonen. Også i forhold til fostervekt var navleveneblodstrømmen ca 35 % høyere hos makrosome fostre. Blodstrøms hastigheten i venstre portvene og ductus venosus var høyere, noe som tyder på mer navleveneblod til høyre leverlapp og høyere perfusjonstrykk i leveren hos makrosome. Blodstrøms hastigheten var høyere i arteria lienalis, mesenterica superior og navlearterien, men var uendret i arteria hepatica. Motstanden (uttrykt som pulsatil indeks) var uendret i bukarteriene, men lavere i arteria umbilicalis. Forholdet mellom fødsels- og placentavekt var ikke forskjellig fra referansepopulasjonen.

Konklusjon. Økt navlevene forsyning til leveren, også relativt til fosterstørrelse, og uendret forhold mellom fødsels- og placentavekt støtter hypotesen at blodstrømmen i seg selv er en determinant for vekst. Økt blodstrøms hastighet og lavere motstand i navlearterien harmonerer med den økte tilbakestrømmingen gjennom navlevene. De økte blodstrøms hastighetene i arteria lienalis og mesenterica superior reflekterer sannsynlig økt organstørrelse og kartvernsnitt, mens lik pulsatil indeks viser at autoreguleringen i disse organene ikke er aktivert. Slik adaptasjon av leversirkulasjonen kan tenkes å sette varige spor i metabolske og homeostatiske mønstre med risiko for å utvikle fedme og relaterte sykdommer senere i livet.

20. RISIKO FOR SKULDERDYSTOCI: HVILKEN BETYDNING HAR FØDSLSVEKT OG PARITET? EN POPULASJONSBASERT STUDIE AV I 914,544 FØDSLER.

Øverland EA¹, Vatten L², Eskild A^{1,3}

¹Kvinneklubben, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; ²Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim; ³Divisjon for psykisk helse, Folkehelseinstituttet, Oslo.

Bakgrunn. Skulderdystoci er en sjelden, men dramatisk obstetrisk situasjon med potensielt alvorlige maternelle og føtale komplikasjoner. Det er derfor viktig å kartlegge risikofaktorer for denne alvorlige tilstanden. Hensikten med vår studie var å beregne betydningen av fødselsvekt og paritet for skulderdystoci-risiko. Vi ønsket også å studere om betydningen av fødselsvekt for skulderdystoci-risiko varierer med partiet.

Metode. Vi brukte data fra Medisinsk fødselsregister og inkluderte samtlige vaginale singleton holdeliefødsler i perioden 1967-2006, totalt 1 914,544 fødsler.

Resultater. Skulderdystoci forekom i 0,68 % av samtlige fødsler; 0,55 % av alle førstegangs- fødende opplevde skulderdystoci mot 0,79 % av alle andregangsfødende. Vi fant en sterk positiv sammenheng mellom fødselsvekt og skulderdystoci, og 75 % av alle tilfeller av skulderdystoci oppstod ved fødsler hvor barnet veide 4000 gram eller mer. Hvis barnet veide 3000-3499 gram, var risikoen for skulderdystoci 0,99 % men hvis barnet veide > 5000 g var risikoen 15,19 %.

Sammenhengen mellom fødselsvekt og risiko for skulderdystoci hadde det samme mønsteret for både første og flergangsfødende, men var noe sterkere for flergangsfødende. Blant førstegangsfødende opplevde 0.12 % av dem som fødte et barn som veide 3000-3499 gram (referanseverdi) skulderdystoci, mot 13.30 % av dem som fødte et barn som veide 5000 gram eller mer (OR 135.7, 95 % KI 111.6-165.1). De tilsvarende tallene for andregangsfødende var henholdsvis 0.08 % og 16.45 % (OR 246.4, 95 % KI 205.4-295.5).

Konklusjon. Å ha født tidligere gir ingen beskyttelse mot skulderdystoci.

Høy fødselsvekt er den viktigste risikofaktoren for skulderdystoci, og de fleste tilfellene av skulderdystoci oppstår når barnet har høy fødselsvekt. Ved fødselsvekt under 3500 gram er skulderdystoci svært sjelden og risikoen er nærmest fraværende mens risikoen stiger dramatisk når fødselsvekten passerer 4000 gram. Dette mønsteret er gjeldene uavhengig av paritet, men er mest uttalt hos flergangsfødende.

21. RISIKO FOR INSTRUMENTELL VAGINAL FORLØSNING OG KEISERSNITT HOS OVERVEKTIGE

Morken NH¹, Magnus P², Skjærven R^{3,4}

¹Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Folkhelseinstituttet, Oslo; ³Seksjon for epidemiologi og medisinsk statistikk, Universitetet i Bergen, Bergen;

⁴Medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet, Bergen.

Bakgrunn. Overvekt og fedme er et økende problem blant fødende norske kvinner. Vi ønsket å estimere risiko for tang og vakuumporløsning, samt risikoen for keisersnitt hos kvinner med pregravid kroppsmasseindeks (KMI): undervekt (KMI <18.5), overvekt (KMI 25-29.9), fedme I (KMI 30-34.9), fedme II (KMI 35-39.9) og fedme III (KMI >40) relativt til normalvektige kvinner (KMI 18.5-24.9), samt å estimere den uavhengige effekten av vektøkning i graviditeten.

Metode. Data fra Den norske mor og barn undersøkelsen for perioden 1999 til 2008 ble benyttet. Kobling med Medisinsk fødselsregister ble foretatt. Analysene ble utført på enkeltfødsler med svangerskapsvarighet > 37 uker og med hodepresentasjon. Svangerskap med preeklampsi og forliggende morkake, samt kvinner med kronisk hypertensjon, diabetes og svangerskapsdiabetes ble utelukket fra analysene. Relativ risiko (RR) ble estimert ved hjelp av generaliserte lineære modeller og justert for mors alder, paritet og røyking ved begynnelsen av svangerskapet.

Resultater. Etter eksklusjoner inngikk 58 193 graviditeter med komplette data i analysene. Overvektige og fete kvinner hadde en betydelig forøket risiko for keisersnitt med den sterkeste sammenhengen for fedme kategori III (RR: 4.0, 95%CI: 3.3-4.9). Der var en tendens mot enda sterkere sammenheng når risikoen for akutte keisersnitt ble analysert alene. Risikoen for vakuumporløsning var også øket for overvektige (RR: 1.1, 95%CI: 1.01-1.2), fedme II (RR: 1.3, 95%CI: 1.03-1.6) og fedme III (RR: 1.5, 95%CI: 1.1-2.2). Ingen signifikante sammenhenger ble funnet for tangporløsning. Kvinner med vektøkning i graviditeten på >16 kg hadde en signifikant øket risiko for tangporløsning (RR: 1.2, 95%CI: 1.1-1.4), vakuumporløsning (RR: 1.1, 95%CI: 1.08-1.2) og keisersnitt (RR: 1.3, 95%CI: 1.26-1.4), uavhengig av mors pregravid KMI kategori.

Konklusjon. Overvektige og fete kvinner i Norge har forøket risiko for operativ porløsning med vakuumporløsning og keisersnitt. Alle kvinner, uavhengig av pregravid vekt, bør få råd om ikke å øke sin vekt over 16 kg i svangerskapet for å redusere risikoen for operativ intervensjon under fødselen.

Frie Foredrag Sesjon 4

22. INSIDENS OG RISIKOFAKTORER FOR INTRAUTERIN FOSTERDØD - EN KASUS -KONTROLL STUDIE

Helgadottir LB^{1,2,3}, Skjeldestad FE⁴, Jacobsen AF¹, Sandset PM^{2,3}, Jacobsen EM^{2,3}

¹Avd. for obstetikk og ²Hematologisk avd., Oslo universitetssykehus Ullevål, Oslo, ³Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo, ⁴Kvinneklivnikken, avd. for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø.

Bakgrunn. Identifisering av risikofaktorer for intrauterin fosterdød (IUFD) er viktig for forebyggende tiltak.

Mål. Å estimere insidens og studere risikofaktorer for IUFD. Vurdere endringer i risikostimer og signifikans ved forskjellig utvalg av kontrollr.

Metode. I en kasus-kontroll studie ble 377 kvinner med IUFD etter 22. svangerskapsuke, ved Oslo universitetssykehus Ullevål (OUS) og Akershus universitetssykehus fra januar 1990 til desember 2003, sammenlignet med to kontrollgrupper. Den ene kontrollgruppen omfattet alle kvinner som fødte levende barn ved de samme sykehusene i studieperioden (sykehusbaserte) og den andre 1215 kvinner som fødte levende barn ved OUS i samme periode (selekterte). Informasjon fra kasus og selekterte kontrollr ble hentet fra sykehusjournaler; mens informasjon for sykehusbaserte kontrollr utgjorde data fra MFR (N=87 692). Data ble analysert med kji - kvadrat tester og logistisk regresjon.

Resultater. Insidensen av IUFD var 4,1 per 1000 fødsler. Small-for-gestational age (SGA) og morkakeløsning var de sterkeste risikofaktorene. Det var liten risiko knyttet til hypertensive tilstander hvis det ikke samtidig forelå SGA. Lav eller moderat risiko var forbundet med diabetes mellitus, tyroidea sykdommer, foranliggende morkake, svangerskapsdiabetes, røyking og tvillinggraviditet. Høy alder hos mor var signifikant risikofaktor når man sammenlignet med sykehusbaserte kontrollr. Risikoestimer pekte i samme retning uavhengig av kontrollgruppe. Hypertensjon så ut til å bli overestimert som risikofaktor når man sammenlignet med sykehusbaserte kontrollr, mens høy alder hos mor ble underestimert når man sammenlignet med selekterte kontrollr. Overtidig svangerskap (>42 uker) ga ikke signifikant økt risiko for IUFD, sammenlignet med 40 uker.

Konklusjon. SGA er sterkt assosiert med IUFD, og risikoen ved hypertensive tilstander er formidlet igjennom SGA. Bortsett fra morkakeløsning, har andre risikofaktorer lav prevalens og er derfor av begrenset betydning for forebygging av IUFD.

23. HYPERTENSJON I SVANGERSKAPET OG RISIKO FOR FOSTERDØD

Ahmad AS¹, Samuelsen SO^{2,3}, Eskild A^{1,4}

¹Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus; ²Matematisk institutt, Universitetet i Oslo; ³Divisjon for epidemiologi, Nasjonalt folkehelseinstitutt; ⁴Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Bakgrunn. Risikoen for fosterdød blant kvinner med hypertensjon kan variere avhengig av type hypertensjon (preeklampsi, svangerskaphypertensjon og kronisk hypertensjon) og svangerskapslengde. Vi studerte risiko for fosterdød etter hypertensiv tilstand og svangerskapslengde. Vi studerte også om risikoen hadde endret seg fra 1967-86 til 1987-2006.

Metode. Data fra Medisinsk fødselsregister ble brukt i denne populasjonsstudien som inkluderte alle fødsler i Norge etter 20. svangerskapsuke i perioden 1967-2006, i alt 2 121 371 fødsler.

Resultater. Blant alle fødsler etter 20. svangerskapsuke var prevalensen av hypertensjon i svangerskapet 4,7% (2,9% preeklampsi, 1,5% svangerskaphypertensjon og 0,2% kronisk hypertensjon). Det var totalt 17.933 tilfeller av fosterdød og 9,2% av disse var blant gravide med en hypertensiv tilstand. Blant de normotensive kvinnene var det 0,8% som opplevde fosterdød. Blant kvinner med preeklampsi var det 1,9% som fødte et dødt barn (OR 2,3 (95% CI 2,2-2,5) med normotensive som referanse). Andelen med fosterdød var 1,2% blant kvinner med svangerskaphypertensjon (OR 1,5) og den var 1,8% blant kvinner med kronisk hypertensjon (OR 2,1). Forekomsten av fosterdød ble redusert med 44% fra 1967-86 til 1987-2006. Forekomsten blant normotensive ble redusert med 41%. Den største nedgangen i fosterdød var blant kvinner med preeklampsi, hvor forekomsten ble redusert med 80%, fra en OR på 3,5 i 1967-87 til OR 1,2 i 1987-2006. Blant kvinner med svangerskaphypertensjon var nedgangen på 49% (fra OR 1,5 til OR 1,3), og ved kronisk hypertensjon var nedgangen på 57% (OR 2,9 til OR 2,2).

Konklusjon. Kvinner med hypertensjon i svangerskapet (preeklampsi, svangerskaphypertensjon eller kronisk hypertensjon) har økt risiko for fosterdød. I den siste perioden, 1987-2006, er risikoen for fosterdød redusert mer for kvinner med preeklampsi enn blant normotensive kvinner.

24. HPV MRNA TESTING IN THE FOLLOW UP AFTER CONISATION TO PREDICT RESIDUAL DISEASE

Tropé A¹, Sjøborg K², Jonassen CM³, Nygård M⁴, Dahl FA⁵, Alfsen CG⁶, Lie KA⁷

¹Kvinneklinikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; ²Kvinneklinikken, Østfold HF, Fredrikstad Norge; ³Mikrobiologisk avdeling, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog; ⁴Kreftregisteret, Oslo; ⁵Kunnskapssenter for helsetjenesten, Akershus Universitetssykehus Lørenskog; ⁶Patologisk avdeling, Lørenskog og ⁷Patologisk avdeling, Det Norske Radiumhospital, Oslo Universitetssykehus, Norge.

Background. Cervical cone excision is the standard procedure for treatment of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or worse (CIN2+). Treatment failure, regardless of whether resection margins are free of disease or not, is reported to average about 10%. A combination of cytology and HR HPV DNA testing has shown a 100% sensitivity to detect residual CIN2+ after conisation. To our knowledge, no published studies have analysed HR HPV mRNA and DNA testing during follow-up after conisation.

Objective. To evaluate testing for high-risk human papillomavirus (HR HPV) E6/E7 mRNA transcripts 6 months after conisation for CIN2+ to determine the risk of residual CIN2+.

Methods. We prospectively followed 344 women treated for CIN2+ by conisation. HR HPV mRNA testing (PreTect HPV-Proofer; NorChip®), HR HPV DNA testing (AMPLICOR HPV Test, Roche Diagnostics®) and cytology was performed at 6 and 12 months after conisation. Biopsies were taken within 18 months of conisation if indicated by abnormal cytology, abnormal colposcopy, or positive HPV test. The LINEAR ARRAY HPV Genotyping Test (Roche Diagnostics®) was used to genotype the cases with histologically confirmed residual disease diagnosed within 18 months after conisation.

Results. 6.4% (22/344) of study women had detected residual CIN2+. Among women with detected residual CIN2+, 54.5% (12/22) had positive resection margins, 63.6% (14/22) had abnormal cytology, and 95.5% (21/22) had a positive HR HPV DNA test at 6 months. Sensitivity of HR HPV mRNA testing was 45.5% (95% confidence interval: 26.8-65.5%) at 6 months to predict detected residual CIN2+. Eight of 12 women who were HR HPV mRNA-negative at 6 months were HR HPV DNA-positive for one of the HPV types included in the mRNA test.

Conclusion. Detection of E6/E7 mRNA transcripts by PreTect HPV Proofer does not seem suitable for short-term follow-up to detect residual CIN2+ after conisation.

25. BEDRET 8-ÅRS OVERLEVELSE FOR EGGSTOKKREFT PASIENTER I FIGO STADIUM IIIC SOM BLE OPERERT VED UNIVERSITETSSYKEHUS SAMMENLIGNET MED LOKAL SYKEHUS

Szczesny W¹, Paulsen T², Vistad I³, Nakling J⁴, Tropé C²

¹Gyn/Obst. avd. Sykehuset Innlandet Elverum; ²Det Norske Radiumhospital; ³Gyn/Obst. avd. Sørlandet Sykehus Kristiansand; ⁴Divisjon Kvinne-Barn Sykehuset Innlandet Lillehammer Sykehus.

Bakgrunn. Langtidseffekt av sentralisering av eggstokkreftbehandling har ikke vært undersøkt i Norge etter etableringen av OVANOR-databasen. Som en fortsettelse av arbeidet til Paulsen og medarbeidere (1) ble langtidsoverlevelsen blant pasienter operert for avansert invasiv ovarie-, tube- og bukhinnekreft (EOC) ved universitetssykehus (US) vs. ikke universitetssykehus (IUS) i Norge i samme kohorten undersøkt. Hensikten var å se om den tidligere observerte overlevelsesfordelen ved US fortsatt er observerbar etter 8 år i forhold til IUS.

Metode. Studien er basert på data fra Kreftregisteret (OVANOR) og omfatter de samme 198 pasientene med EOC FIGO stadium IIIC diagnostisert i 2002 (1) med median overlevelse (OS) som hovedmålvariabel. Til å sammenlikne overlevelse mellom pasientgruppene ble Kaplan-Meier kurver og log rank-test brukt. Forskjellige faktorer simultan innflytelse på overlevelse ble kontrollert i Cox regresjonsmodell. Signifikansnivå 5% ble brukt.

Resultater. Pasienter behandlet primært ved US hadde bedre OS (p=0,04) enn pasientene ved IUS. Det ble identifisert to prognostiske faktorer for OS (komorbiditet ved diagnosetidspunktet for EOC og differensieringsgrad av tumor). Etter justering for disse, var risiko for død innen 8 år ved US sammenliknet med IUS uendret (hazard ratio 0,718, CI [0,521-0,991]). Vi fant en forskjell i klinisk funksjonsstatus mellom pasienter fra US-gruppen versus IUS-gruppen: 7 (7%) vs. 23 (26%), med bedre OS ved US (p=0,041). Gruppene var for små til å inkludere funksjonsstatus i analysen.

Konklusjon. Resultatene viser at det er en fordel å sentralisere behandlingen av EOC FIGO stadium IIIC til US i Norge.

26. ØKT OVERLEVELSE OG ENDRET BEHANDLINGSSTRATEGI VED ENDOMETRIEKREFT DE TRE SISTE DECENNIER

Trovik J^{1,2}, Mauland K², Werner HMJ^{1,2}, Wik E^{1,2}, Salvesen HB^{1,2}

¹Kvinnekliviken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

²Institutt for Klinisk Medisin, Universitet i Bergen.

Bakgrunn. Den aldersjusterte forekomst av livmorkreft i Norge har i løpet av de siste tre decennier økt fra 11,9 (1980-90) via 13,4 (1991-2000) til 16,5 (2001-2010). I samme periode har 5-års overlevelse etter primærbehandling økt fra 75,7 via 79,7 til 83,2 prosent.

Materiale og **Metode.** Vi ønsket å undersøke om endring i behandlingsstrategi reflekteres i endret overlevelse for en godt karakteriserte populasjonsbaserte kohort av totalt 1073 kvinner fra Hordaland siste tre decennier. Denne regionen omfatter omtrent 10 % av alle norske endometriekreftpasienter.

Resultater. Samsvarende med den generelt økte forekomst har antall behandlede pasienter fra Hordaland økt jevnt fra 286 via 307 til 480 i løpet av disse tre decennier. Hovedendringen i behandlingsstrategi 1980-90, 1991-2000 og 2001-2010 var en økning av rutinemessig bekken lymfadenektomi fra 0 % via 9 % til 77 %. De tilsvarende decennier falt bruk av adjuvant stråleterapi fra 75 % via 47 % til 11 % mens kjemoterapi ble gitt til 0 %, 2 % og 7 % av pasientene i de respektive periodene (alle p-verdier <0,001). 5-års sykdomsspesifikk overlevelse økte fra 76,4 via 80,2 til 86,0 prosent (p= 0,004) og 5-års total overlevelse fra 67,8 via 71,7 til 77,8 prosent (p=0,03).

Konklusjon. Data støtter at endringene i behandlingsstrategien ved endometriecancer siste 30 år er assosiert med økt 5-års overlevelse i en populasjonsbasert kohort. I perioden så man fallende bruk av adjuvant strålebehandling, økt bruk av lymfadenektomi og adjuvant kjemoterapi for definerte høyrisiko grupper.

Frie Foredrag Sesjon 5

27. ØKT PREVALENS AV PCOS OG DIABETES MELLITUS BLANT KVINNER MED TIDLIGERE PRETERM FØDSEL

Eilertsen T^{1,2}, Vanky E^{3,4}, Carlsen SM^{2,5}

¹Avdeling for gynekologi og obstetikk, Sykehuset Namsos, Namsos; ²Avdeling for anvendt klinisk forskning, Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin, og ³Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer; Det medisinske fakultet, NTNU, Trondheim; ⁴Kvinnekliviken og ⁵Avdeling for endokrinologi, Medisinsk klinikk, St. Olavs Hospital, Trondheim.

Bakgrunn. Årsaken til preterm fødsel er multifaktoriell. Forekomsten av preterm fødsel øker i de fleste vestlige land. Dette indikerer at miljø- og/eller livsstilsfaktorer er involvert i patogenesen. Noen studier finner at kvinner med polycystisk ovarialsyndrom (PCOS) har økt forekomst av preterm fødsel. Det er godt dokumentert at kvinner med kjent diabetes mellitus har økt prevalens av preterm fødsel. Endokrine og metabolske forhold hos kvinner med tidligere preterm fødsel er lite studert. Vi undersøkte derfor om endokrine og metabolske forstyrrelser er assosiert med preterm fødsel.

Metode. En case- kontrollstudie som inkluderte 132 kvinner med tidligere preterm fødsel og 129 matchede kontrollkvinner med fødsel til termin. Alle gjennomgikk en klinisk undersøkelse inkludert vaginal ultralyd. Fastende blodprøver ble tatt og peroral glukosetoleransetest ble utført. Tidligere sykehistorie ble registrert og journaler gjennomgått for verifikasjon.

Resultater. Trettisju av 132 (27,8 %) kvinner med tidligere preterm fødsel vs. 19 av 129 (14,7 %) i kontrollgruppen hadde PCOS (p= 0,010). Ni (6,8 %) vs. 5 (3,9 %) hadde kjent PCOS før indekvangenskapet. Åtte (6,1 %) av kvinnene med tidligere preterm fødsel hadde diabetes vs. ingen i kontrollgruppen (p= 0,007). En (0,8 %) hadde diabetes før indekvangenskapet vs. ingen i kontrollgruppen.

Konklusjon. Vi finner økt prevalens av PCOS og diabetes blant kvinner med tidligere preterm fødsel. De fleste hadde ikke disse diagnosene før eller under indekvangenskapet. Dette indikerer at selv ikke klinisk erkjente endokrine og/eller metabolske faktorer kan være involvert i patogenesen ved preterm fødsel. Preterm fødsel er trolig en risikofaktor både for PCOS og utvikling av diabetes senere i livet.

28. FIBRONECTIN-TEST: ER DEN NYTTIG ELLER EN EKSTRA UTGIFT? EN RETROSPEKTIV STUDIE

Berntzen LD¹, Flem Jacobsen A

Kvinnekliviken OUS, Ullevål sykehus, Oslo.

Bakgrunn. Prematur fødsel er hovedårsak til neonatal mortalitet og morbiditet. I 2010 var forekomsten 6,4 % i Norge og 7,7 % ved Ullevål sykehus. Fibronectin er et glykoprotein. Etter uke 22 finnes det kun i små mengder i vaginalt sekret. Positiv test indikerer risiko for prematur fødsel < 37 uker. I flg. litteraturen er sensitivitet 56 % og spesifisitet 84 %. Negativ prediktiv verdi er høy, positiv prediktiv verdi lav. Vi ønsket å se om testen brukt ved vår avdeling gav tilsvarende

Resultater.

Metode. Retrospektiv gjennomgang av pasienter testet med fibronectin f.o.m. 26.04.10 t.o.m. 02.05.11. Indikasjon for testen var truende prematur fødsel eller tidligere prematur fødsel fra svangerskapsuke 22 til 34. Testen utføres fortrinnsvis ved cervix < 25mm målt ved ultralyd.

Resultat. 70 pasienter testet i perioden: 70 % testet negativt, 20 % positivt og 4 % invalid. Av de positive fikk 75 % betamethason og 16 % atosiban. Tilsvarende ble 7,5% av de negative behandlet med betamethason og 7,5% fikk atosiban. Indikasjon for testen var duplex (10%), kynnere, smerter; nedpress eller rier (44%). Tidligere prematur fødsel (30 %). Kort cervix uten rier (3 %) og koniserte (4%). Gjennomsnittlig svangerskapslengde ved positiv test var 30 + 3 uker og de fødte ved uke 34+4. jennomsnittlig graviditetslengde ved negativ test var 27+3 og de fødte ved uke 38+5. Innleggelses og behandling: 57 % av de positive og 11 % av de negative ble hospitalisert. 64 % av de positivt ble behandlet med betamethason mot 7,5% av de negative.

Vi fant sensitivitet på 43 % og spesifisitet på 87 %. Positiv prediktiv verdi 30 % og negativ prediktiv verdi 92 %.

Konklusjon. Vårt materiale samsvarer med litteraturen, bortsett fra noe lavere sensitivitet. Testen hjelper oss til lettere å selektere de pasientene som bør hospitaliseres og de som kan sendes hjem.

29. INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN (IGFBP-1) I CERVIKALSEKRET - EN NY METODE FOR Å PREDIKERE TID TIL FØDSEL OG INDUSERBARHET?

Dögl M¹, Skogvoll E², Heimstad R³

¹ Gyn/Obst. avd. Sykehuset Levanger; ²Anestesiavdelningen, St. Olavs Hospital, Trondheim; ³Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim.

Bakgrunn. Når cervix modnes frigjøres IGFBP-1. Det finnes IGFBP-1-test som brukes til å predikere preterm fødsel. Formålet med studien var å undersøke om IGFBP-1-test kan predikere fødsel sammenliknet med Bishop score og cervixlengde etter termin.

Metode. Mellom 2002 og 2004 foregikk en randomisert kontrollert studie på St. Olavs Hospital, Trondheim. 508 overtidige kvinner ble randomisert til enten induksjon en uke over termin eller til ekspektans inntil spontan start av fødsel. Tid fra inklusjon til spontan start av fødsel og tid fra induksjon til fødsel ble relatert til IGFBP-1 i cervikalsekret, Bishop score og cervixlengde målt med ultralyd. Sensitivitet, spesifisitet, negativ og positiv prediktiv verdi og likelihood ratioer ble vurdert.

Resultater. IGFBP-1 predikerte spontan fødselsstart og fødsel innen 72 timer med lav sensitivitet og høy spesifisitet (0.45 respektive 0.80), som var sammenliknbar med Bishop score (0.24, 0.92). Cervixlengde målt med ultralyd var mer sensitiv (0.67, 0.58). IGFBP-1 predikerte vellykket induksjon for fødsel innen 24 timer med lav sensitivitet og høy spesifisitet (0.30, 0.85), i likhet med Bishop score (0.06, 1.00) og cervixlengde (0.45, 0.76). Paritet influerer induserbarhet.

Konklusjon. IGFBP-1 predikerer både spontan start av fødsel og vellykket induksjon etter termin på lik nivå med Bishop score og ultralydmålt cervixlengde.

30. IGANGSETTELSE AV FØDSEL MED ENKEL VERSUS DOBBEL BALLONG KATETER – EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE

Haugland B¹, Albrechtsen S¹, Lamark E¹, Rasmussen S^{1,2}, Kessler J^{1,2}

¹Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Universitetet i Bergen, Institutt for Klinisk Medisin.

Bakgrunn. Både Foley kateter og spesiellagede cervikale modningsballonger er trygge og effektive metoder for igangsettelse av fødsel ved umoden livmorhals. Det finnes lite data som direkte sammenlikner forskjellige typer ballongkateter.

Metode. Randomisert kontrollert delvis blindet studie. Randomisering: Enkel ballong (Foleykateter) eller dobbel ballong (Cervical Ripening Balloon, Cook Medical). Inklusjonskriterier: enkel graviditet, gestasjonsalder \geq 37 uker og cervixåpning $<$ 2cm. Hovedutfallsvariable: andel kvinner med cervixåpning \geq 3cm som kunne få utført amniotomi etter kateterfjerning eller start av aktiv fødsel. Etter styrkeberegning ble totalt 180 deltakere rekruttert.

Resultater. Induksjonen resulterte i amniotomi etter kateterfjerning eller start av aktiv fødsel hos 60/90 (54%) i gruppen med enkel ballong og 51/90 (46%) i gruppen med dobbel ballong. Tid fra induksjonsstart til fødsel var 30,2 timer i gruppen med enkel ballong og 33,8 timer i gruppen med dobbel ballong. Andelen kvinnen som ble forløst med akutt keisersnitt var 20% i gruppen med enkel ballong og 22% i gruppen med dobbel ballong. Ingen av forskjellene var statistisk signifikante.

Kateterinnsetting var mislykket hos 20 deltakere som ble indusert videre med Cytotec. Én deltaker i hver gruppe hadde en gestasjonsalder $<$ 37 uker. Eksklusjon av disse deltakerne hadde marginal effekt på resultatene og signifikansnivå var uendret.

Konklusjon. Fødselsinduksjon med ballongkateter ved umoden cervix er en effektiv metode, der ingen av katetertypene – enkel ballong (Foleykateter) eller dobbel ballong (Cervical Ripening Balloon) - viste seg å være overlegen.

31. PREDIKSJON AV FØDSELSMETODE MED TRANSPERINEAL ULTRALYD – 2D ELLER 3D?

Torkildsen EA¹, Salvesen KÅ², Eggebø TM¹

¹ Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssykehus; ² Nasjonalt senter for fostermedisin, St Olav Hospital. Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Det medisinske fakultet, NTNU, Trondheim.

Bakgrunn. Tradisjonelt blir fødselsforløpet evaluert med klinisk undersøkelse og palpasjon. Dette er subjektive metoder som gir usikre diagnoser, og mange kvinner med langsomme fødselsforløp ender med keisersnitt. Transperineal ultralyd under fødsel gir mer objektive funn enn palpasjon. En ultralydmetode som differensierer mellom høy og lav sannsynlighet for vaginal fødsel, kan trolig forhindre noen nødvendige keisersnitt. Målet for studien var å undersøke om fosterhode-perineum avstanden og/eller progresjonsvinkelen kunne predikere fødselsutfallet hos førstegangs fødende med forlenget stadium I, og om man bør bruke 2D eller 3D ultralyd til dette.

Metode. Prospektiv observasjonsstudie av 110 førstegangs fødende med enkeltsvangerskap og hodeleie etter 37 uker. Alle hadde diagnostisert forlenget forløp etter kriterier fra WHO. Digital undersøkelse av nivå var relatert til spina ischiadica. Med transperineal ultralyd ble fosterhodets nivå målt med den korteste avstanden fra fosterhode til perineum, og med vinkelen mellom fosterhodet og symfyen. 2D og 3D ultralyd ble sammenliknet med blind-teknikk. Effektmålet var vaginal fødsel vs. keisersnitt.

Resultater. Keisersnittfrekvensen var på 25%. Arealet under ROC-kurven for prediksjon av vaginal fødsel med 2D ultralyd var 81% for avstand og 76% for vinkelen. Arealet under ROC-kurven for digital undersøkelse var 66%. Hos 50% av kvinnene fant man en avstand på \leq 40 mm og 93% av disse fødte vaginalt. 18% av kvinnene med avstand $>$ 50 mm fødte vaginalt. Hos 48% av kvinnene var vinkelen \geq 110° og 87% fødte vaginalt. 38% av kvinnene med $<$ 110° fødte vaginalt. Inter-class koeffisienten for fosterhode-perineum avstand i 2D vs. 3D var 0,95 og for progresjonsvinkelen 0,93. Limits of agreement var \pm 5,8 mm til \pm 7,2 mm for avstanden, og \pm 8,9° til \pm 13,7° for vinkelen. I ROC-kurve analysen var det ingen forskjell mellom 2D og 3D.

Konklusjon. Ultralyd kan predikere fødselsutfallet bedre en digital undersøkelse. Både fosterhode-perineum avstand og progresjonsvinkelen kan predikere utfallet, men avstandsmetoden ser ut til å være noe enklere å utføre. Både 2D og 3D ultralyd gir like gode resultater, og vi anbefaler derfor 2D ultralyd fordi det er enklere og rimeligere metode.

Plakater

PI. INTERAKSJON MELLOM GRANULOSACELLER OG MONOCYTTER PÅVIRKER UTSKYLLING AV ANGIOGENE FAKTORER IN VITRO

Polec A¹, Raki M², Tanbo T¹, Åbyholm T³, Fedorcsak P¹

¹Gynekologisk avdeling, ²Institutt for immunologi, og ³Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus.

Bakgrunn. Etter ovulasjon infiltreres den rupturerte ovarialfollikkelen med leukocytter og danner et rikt kapillærnettverk som skal forsyne det gule legemet. Disse vevsforandringene muliggjør direkte og indirekte kontakt og utstrakt interaksjon mellom ovariale granulosa-celler og leukocytter. I denne studien undersøkte vi om utskylning av angiogene faktorer påvirkes av interaksjonen mellom granulosa-celler og leukocytter in vitro.

Metode og resultater: Vi samlet follikkelvæske fra kvinner som har gjennomgått IVF og fjernet leukocytter fra væsken med CD45-konjugerte paramagnetiske kuler. Rensede granulosa-celler ble dyrket alene eller sammen med monocytter isolert fra samme kvinnes blodprøve. Dyrkningsmedia med granulosa-celler inneholdt lav konsentrasjon av interleukin-8 (IL-8), men utskylning av IL-8 ble betydelig stimulert når granulosa-celler og monocytter var dyrket sammen. Med væskestrømyctometri fant vi økt intracellulær konsentrasjon av IL-8 både i granulosa-celler og i monocytter. Monocytter uttrykte IL-8 reseptorene CXCR1 og CXCR2, og stimulering av monocytter med IL-8 eller granulosa-cellemedium induerte p38 MAP kinase og førte til økning i intracellulær Ca⁺⁺ konsentrasjon. Videre induerte granulosa-cellemedium migrasjon av monocytter, og cellemigrasjonen kunne hemmes med anti-IL-8 antistoff. Granulosa-cellemedium induerte også kapillærdannelse av endotelceller in vitro, migrasjon av endotelceller, samt aktivering av p38 MAP kinase. Med Luminexmetode fant man forskjellige angiogene faktorer i granulosa-cellemedium. Utskylning av disse ble modulert av monocytter, slik at konsentrasjon av IL-8, PECAM-1, leptin, VEGF, G-CSF og HGF var økt i kultur av granulosa-celler og monocytter sammenlignet med granulosa-celler i kultur alene.

Konklusjon. Granulosa-celler sekreterer en kjemotaktisk cytokin, IL-8, som aktiverer IL-8 reseptorer i monocytter; inducerer intracellulær signaloverføring med p38 MAP kinase og Ca⁺⁺, samt målrettet migrasjon av monocytter mot den kjemiske gradienten.

Disse funnene antyder at IL-8 sekresjon av granulosa-celler fører til rekruttering av leukocytter til det gule legemet, som videre stimulerer IL-8 sekresjon og påfølgende leukocyttemigrasjon. En massiv leukocytinfiltrasjon kan påvirke sekresjon av angiogene faktorer i det gule legemet. Regulering av ovarialfunksjon med leukocytter kan åpne nye terapeutiske muligheter i gynekologi.

P2. REPRODUKTIV ALDRING: BETYDNING AV AGE-MODIFISERTE PROTEINER OG RESEPTOREN RAGE

Haug Stensen M¹, Tanbo T¹, Åbyholm T², Fedorcsak P¹

¹Gynekologisk avdeling og ²Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus.

Bakgrunn. Eggstokkens aldring kjennetegnes ved tap av ovarialfollikler og meiotiske feil i eggcellene. Molekylære skademekanismer som påvirker aldrende granulosa- og eggceller kan omfatte økt forekomst av DNA skader; forkortning av telomerer; nedsatt funksjon av mitokondria og opphoping av modifiserte proteiner. Advanced glycation end-products (AGE) er aktive forbindelser som forårsaker ikke-enzymatiske forandringer i proteiner og bidrar til patogenese av atherosklerose, Alzheimers sykdom, og diabetes. AGE kan skade proteiner direkte eller forårsake sekundære forandringer ved aktivering av en celleoverflatereseptor; RAGE, som kan stimulere monocytter; igangsette inflammasjon og induere vevsskade. I denne studien undersøkte vi om AGE-modifiserte proteiner kan bidra til aldringsrelaterte funksjonelle forandringer i eggstokk.

Metode og resultater: Vi isolerte celler fra follikkelvæske tatt ved IVF. For å kunne skille granulosa-celler og leukocytter; ble cellene merket med leukocytmarkører CD45 og CD14, med påfølgende merking med anti-AGE antistoff. Ved væskestrømyctometri, fant vi AGE på overflaten av granulosa-celler og monocytter; men ikke lymfocytter. For å undersøke om ovarialceller uttrykker spesifikke reseptorer for AGE, merket vi celler med anti-RAGE antistoff. RAGE uttrykk i granulosa-celler og monocytter vist positiv korrelasjon med alder.

Celler som uttrykker RAGE kan binde til seg AGE-modifiserte proteiner in vitro. For å undersøke dette fremstilte vi fluorescein konjugater av AGE-albumin og brukte dette proteinet som probe mot isolerte ovariale celler. Både granulosa-celler og monocytter kunne binde AGE-albumin in vitro, og bindingen korrelerte med alder.

Konklusjon. Forekomst av AGE-modifiserte proteiner på overflaten av ferske isolerte granulosa-celler og ovariale monocytter; samt binding av AGE-albumin til cellene in vitro, antyder at ovarialceller er utsatt for AGE-relatert kjemisk påvirkning in vivo. AGE kan aktivere RAGE reseptorer som uttrykkes både av granulosa-celler og monocytter; spesielt hos aldrende kvinner. Selv om cellulære effekter av RAGE aktivering må undersøkes videre, foreslår vi at AGE-modifiserte proteiner utfører en aldersrelatert dysfunksjon av ovarialceller.

P3. ANTIFOSFOLIPID ANTISTOFFER OG INTRAUTERIN FOSTERDØD - EN KASUS – KONTROLL STUDIE

Helgadottir LB^{1,2,3}, Skjeldstad FE⁴, Jacobsen AF¹, Sandset PM^{2,3}, Jacobsen EM^{2,3}

¹Avd. for obstetrik og ²Hematologisk avd., Oslo universitetssykehus Ullevål, Oslo, ³Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo, ⁴Kvinneklubben, avd. for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø.

Bakgrunn. Intrauterin fosterdød er et av kriteriene for diagnosen antifosfolipid antistoff syndrom. Andre svangerskapskomplikasjoner forbundet med placenta-patologi har også vært knyttet til antifosfolipid antistoffer. De fleste studiene har målt antifosfolipid antistoffer kort tid etter de undersøkte hendelsene.

Mål. Å undersøke sammenhengen mellom antifosfolipid antistoffer og en historie på intrauterin fosterdød i en kasus – kontroll studie.

Metode. Vi studerte 105 kvinner med gjennomgått intrauterin fosterdød etter 22 svangerskapsuker og 262 kontroller med levende fødte barn. Prevalensen av lupus antikoagulant, antikardiolipin- og anti-β₂-glykoprotein I antistoffer ble målt 3-18 år etter fødselen.

Resultater. I alt hadde 9,5 % av kvinner med tidligere intrauterin fosterdød og 5,0 % av kontroller minst en positiv test for antifosfolipid antistoffer (OR 2,0; 95 % CI 0,9-4,8). Kvinner med tidligere intrauterin fosterdød var signifikant oftere positive for lupus antikoagulant sammenlignet med kontroller (OR 4,3; 95 % CI: 1,0-18,4). Denne sammenhengen mellom lupus antikoagulant og intrauterin fosterdød var knyttet til kvinner positive for andre antifosfolipid antistoffer i tillegg til lupus antikoagulant. Det var ikke sammenheng mellom anti-β₂-glykoprotein I eller antikardiolipin antistoffer og tidligere intrauterin fosterdød.

Konklusjon. Kvinner med tidligere intrauterin fosterdød etter 22 svangerskapsuker var oftere lupus antikoagulant positive, men risikoen tilknyttet lupus antikoagulant var begrenset til kvinner med multipel positivitet for antifosfolipid antistoffer.

P4. ARVELIG TROMBOFILI OG INTRAUTERIN FOSTERDØD – EN KASUS - KONTROLL STUDIE

Helgadottir LB^{1,2,3}, Skjeldestad FE⁴, Jacobsen AF¹, Sandset PM^{2,3}, Jacobsen EM^{2,3}

¹Avd. for obstetikk og ²Hematologisk avd., Oslo universitetssykehus Ullevål, Oslo, ³Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo, ⁴Kvinneklivnikken, avd. for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø.

Bakgrunn. Arvelige trombofilier er sannsynligvis knyttet til svangerskapskomplikasjoner forbundet med placenta-patologi. Beregninger av hvor sterk sammenhengen mellom arvelige trombofilier og intrauterin fosterdød er, varierer mellom studier, blant annet på grunn av små studiepopulasjoner og forskjeller i metode.

Mål. Å undersøke sammenhengen mellom arvelige trombofilier og intrauterin fosterdød i en kasus – kontroll studie.

Metode. Vi studerte 105 kvinner med tidligere intrauterin fosterdød etter 22 svangerskapsuker og 262 kontroller med levende fødte barn. Vi undersøkte forekomsten av de arvelige trombofilie faktor V Leiden (F5 rs6025) og protrombingen G20210A (F2 rs179963) polymorfismer og antitrombin-, protein S- og protein C mangel og sammenhengen mellom disse og intrauterin fosterdød. **Resultater.** presenteres som presenter og odds ratioer (OR) med 95 % konfidensintervaller (CI).

Resultater. 19,2 % av kvinner med intrauterin fosterdød og 11,8 % av kontrollene var positive for minst en arvelig trombofili (OR 1,8; 95 % CI 0,96-3,3). Protrombingen G20210A polymorfisme (OR 3,9; 95 % CI 1,1-14,3), men ikke faktor V Leiden, antitrombin-, protein S- eller protein C mangel, viste sammenheng med intrauterin fosterdød etter 22 svangerskapsuker.

Konklusjon. Sammenlignet med kvinner med levende fødte barn, har kvinner med tidligere intrauterin fosterdød signifikant oftere protrombingen G20210A polymorfisme.

P5. ØKT PULSATILITET I UMBILIKALARTERIEN VED INTRAUTERIN VEKSTHEMNING ØKER RISIKOEN FOR ST DEPRESJON I FOSTERETS EKG UNDER FØDSEL

Kessler J^{1,2}, Albrechtsen S¹, Kiserud T^{1,2}

¹Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Universitetet i Bergen, Institutt for Klinisk Medisin.

Bakgrunn. Intrauterin veksthemning er assosiert med kardial dysfunksjon og myokardskade. Vår hypotese var at kronisk morkakesvikt kan påvirke fosterets EKG under fødsel og neonatal utfall.

Metode. Prospektiv klinisk observasjonsstudie av enkeltgraviditeter med gestasjonsalder \geq 36 uker som ble overvåket med ST analyse av fosterets EKG (STAN) i tillegg til CTG. Nyfødte med fødselsvekt \leq 2,5 percentile ble definert som veksthemmet og delt inn i undergrupper med normal og økt (>95 percentile) umbilikalarterie pulsatilitet. Referansepopulasjonen bestod av nyfødte med fødselsvekt mellom 10 og 90 percentilen.

Resultater. Totalt 5997 fødsler ble overvåket med STAN og 289 (4,8%) nyfødte var veksthemmet. Måling av umbilikalarterie pulsatilitet var tilgjengelig hos 134/165 (81%) fostre der veksthemning var diagnostisert før fødsel. Type og hyppighet av endringer i ST intervallet hos veksthemmete fostre med normal umbilikalarterie pulsatilitet var ikke forskjellig fra referansepopulasjonen. Veksthemmete fostre med økt umbilikalarterie pulsatilitet hadde derimot høyere forekomst av ST depresjon (Bifasisk ST), sammenliknet med referansepopulasjonen (23.5% vs. 7.1%, $p=0.01$). ST depresjon hos veksthemmete fostre var assosiert med en høyere risiko for overflytting til neonatalavdeling (OR 6.6, 95% CI 2.53-17.30) enn i referansepopulasjonen (OR 1.63, 95% CI 1.11-2.39). Det var ingen assosiasjon mellom ST depresjon og acidose i navlesnorarterien ($pH < 7.15$) eller 5 min Apgarscore < 7 . Det var ingen kasus med metabolsk acidose eller neonatale krampes i studiepopulasjonen.

Konklusjon. Kronisk morkakesvikt påvirket repolariseringen i fosterets EKG under fødsel. ST depresjon under fødsel var en risikofaktor for neonatal morbiditet. Funnene kan tyde på at føtal EKG analyse som overvåkningsredskap kan bli ytterligere modifisert i fremtiden.

P6. BLODSTRØMSSHASTIGHETEN I ARTERIA CEREBRI MEDIA AVHENGER AV FOSTERSTØRRELSEN

Ebbing C^{1,2}, Rasmussen S^{1,2}, Kiserud T^{1,2}

¹Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen.

Bakgrunn. Høy blodstrøms hastighet i arteria cerebri media predikerer anemi hos fostre med risiko. Metoden har vist seg å være mindre treffsikker i fostre med langsom vekst. Vi ville teste hypotesen at fosterstørrelsen påvirker blodstrøms hastighet i arteria cerebri media.

Metode. Vi rekrutterte 58 friske kvinner som tidligere hadde født barn med fødselsvekt >4200 gram til en longitudinell observasjonsstudie. Protokollen var godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, og kvinnene samtykket skriftlig. Ultralydbiometri (hode- og mageomkrets og femurlengde), beregning av fostervekt med Combs formel og Dopplermåling av blodstrøms hastighet i arteria cerebri media ble utført 4 ganger i løpet av siste halvdel av svangerskapet og sammenliknet med en referansepopulasjon ($n=161$).

Resultater. 29 av de 58 kvinnene fødte barn med fødselsvekt over 90 persentilen, og bare observasjonene fra disse svangerskapene ble inkludert i den statistiske analysen. Blodstrøms hastighet var høyere mens pulsatil indeks var uendret i arteria cerebri media i makrosome fostre. Av de biometriske målene påvirket hodeomkrets og estimert fostervekt maksimalhastigheten mest.

Konklusjon. Blodstrøms hastigheten i arteria cerebri media er høyere hos makrosome fostre. I svangerskap med risiko for anemi, forventer vi derfor at diagnostikken blir mer presis om referanseverdiene for blodstrøms hastighet i arteria cerebri media blir individualisert i takt med fosterstørrelsen.

P7. THE ANAL CANAL DURING AND AFTER PREGNANCY – A LONGITUDINAL AND FUNCTIONAL ULTRASOUND STUDY

Olsen IP^{1,2}, Wilsgaard T², Kiserud T^{3,4}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Hammerfest Hospital, Hammerfest, Norway, ²Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Norway,

³Department of Obstetrics and Gynecology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway, ⁴Department of Clinical Medicine, University of Bergen, Norway.

Objective. Normal anatomical and physiologic changes of the anal canal during and after pregnancy is unknown. Here we study the anal canal, its position and volumes during and after first time pregnancy.

Methods. Vaginal 3D ultrasound was used in a longitudinal study measuring anatomical structures in the anal canal during rest and squeeze in 23 0-para. The total volume of the anal canal, the ano-rectal curvature (ARC), the ano-vaginal angle (AVA) and the anal length were determined at 18 weeks-, 28 weeks- and 36 weeks of pregnancy and 3 months postpartum.

Results. The total volume of the anal canal was 10.17 (SD 3.07), 12.37 (4.07) and 12.21 (4.12) cm³ during pregnancy, $p = 0.001$ and 0.009 comparing second and third measurement with 18 weeks of gestation. For the anal length the measures were 3.91 (0.54), 4.13 (0.78) and 4.25 (0.03) cm, $p = 0.15$ and 0.03 . Postpartum they were 10.86 (3.68) cm³ and 3.91 (0.56) cm, ($p=0.33$ and 0.77). The ARC and AVA did not change during or after pregnancy. When squeezing the anal length increased, ($p=0.007, 0.007, 0.022, 0.004$) but the volumes maintained constant. In mid-pregnancy the AVA increased during squeeze, ($p=0.006, 0.002$).

Conclusion. The total volume of the anal canal and the length of it, increases during pregnancy. After delivery both measurements were reduced again. In squeeze position the canal becomes even longer; more steep and the elastic mucosa and IAS adapts to the changes.

P8. DOPPLER AV ARTERIA UTERINA HOS GRAVIDE PCOS KVINNER – METFORMIN VS. PLACEBO.

Stridsklev S¹, Carlsen SM², Vanky E^{1,3}

¹Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim; ²Enhet for klinisk anvendt forskning, NTNU; ³Det medisinske fakultet, NTNU.

Bakgrunn. Metformin er rapportert å redusere pulsilitets indeks (PI) i a. uterina hos ikke-gravide kvinner med polycystisk ovarie syndrom (PCOS). I vår pilotstudie fant vi at dette også kan stemme for gravide PCOS kvinner behandlet med metformin. Målet med denne studien var 1) å undersøke om metformin sammenlignet med placebo påvirker blodstrømmen i a. uterina i svangerskapsuke 19 hos PCOS kvinner. 2) Vi ønsket også å undersøke om androgener, insulin og blodglukose hos mor, påvirker blodstrømmen i a. uterina.

Metode. Randomisert, kontrollert, dobbeltblind, norsk multisenterstudie, gjennomført ved 11 sentre. (Delstudie av PregMet studien) PI i svangerskapsuke 19 ble målt hos 231 PCOS kvinner av 273 inkluderte i PregMet studien. Det ble samtidig tatt fastende blodprøver av alle deltakere.

Resultater. Vi fant ingen forskjell i PI mellom metformin og placebo gruppen ($p = 0.40$). Fastende blodglukose korrelerer positivt med PI i uke 19 ($p = 0.01$). Androgener og insulin korrelerer ikke til PI.

PI i a. uterina i uke 19 predikerer preeklampsi og svangerskapsdiabetes hos PCOS kvinner.

Konklusjon. Metformin påvirket ikke PI i a. uterina hos gravide PCOS kvinner. Forhøyet fastende blodglukose korrelerte med nedsatt blodstrøm i a. uterina. PI i uke 19 predikerte både preeklampsi og svangerskapsdiabetes.

P9. ØKT sFLT-1 MEN IKKE ENDOGLIN, I VENA UTERINA SAMMENLIKNET MED ARTERIELT NIVÅ VED PREEKLAMPSI

Roland MCP¹, Lorentzen B¹, Godang K², Henriksen T^{1,3}

¹Obstetrisksjeksjon RH, OUS; ²Seksjon for spesiell endokrinologi, OUS; ³Universitetet i Oslo.

Bakgrunn. Preeklampsi kan anses som en anti-angiogenetisk tilstand basert på økte konsentrasjoner av flere anti-angiogenetiske faktorer i plasma. De mest kjente faktorene er sFlt-1 og endoglin. Placental growth factor (PlGF) er en pro-angiogenetisk faktor som er redusert ved preeklampsi. Man har antatt at disse proteinene dannes i placenta og transporteres over i mors blod, hvor de inducerer endotelial dysfunksjon som så kan bidra til kliniske manifestasjoner.

Vi ønsket derfor å teste om det er

-forskjell i konsentrasjoner av sFlt-1, endoglin og PlGF mellom pasienter med preeklampsi og friske kontrollere.

-en arteriovenøs gradient i konsentrasjon av disse faktorene mellom arteriell og venøs side av den uteroplacentære sirkulasjon.

Metode. Case-control studie med pasienter med preeklampsi (PE, n=12) og friske kontrollere (K, n=7). Prøvene ble tatt i forbindelse med elektiv sectio.

Blod fra vena uterina og fra arteria radialis ble aspirert samtidig av hhv gynekolog og anestesilege.

Tre angiogenetiske faktorer; sFlt-1, endoglin og PlGF i EDTA-plasma ble analysert vha ELISA-kit.

Forskjell mellom grupper (PE versus K) ble analysert vha t-test. Forskjell mellom konsentrasjoner i v.uterina og a.radialis ble analysert vha parett t-test.

Resultater. Systemiske nivåer: Som forventet fant vi forskjell mellom gruppene (PE versus K) for sFlt-1 (18400 pg/ml vs 5055 pg/ml, $p=0.003$) og endoglin (74400 ng/ml vs 28700 ng/ml, $p=0.003$), mens vi ikke fant forskjell i Placental growth factor (88 pg/ml vs 42 pg/ml, $p=0.65$).

Uteroplacentære nivåer: Hos preeklampstikere fant vi høyere konsentrasjoner i vena uterina enn i arteria radialis for sFlt-1 (23150 pg/ml vs 18400 pg/ml, $p=0.005$).

Vi fant ingen gradient for endoglin og en grensesignifikant lavere verdi av PlGF (66 pg/ml vs 88 pg/ml, $p=0.046$).

Hos friske kontrollere fant vi ingen gradient mellom vena uterina og arteria radialis for noen av de tre faktorene.

Konklusjon. Våre funn støtter hypotesen om at økt konsentrasjon av sFlt-1 hos preeklampstikere kan være produsert i placenta, mens økningen i endoglin synes å ha annet utgangspunkt.

PI0. TILGANG TIL AKUTT FØDSELSHJELP I NORGE

Engjom H¹, Morken NH¹, Klungsoyr K^{2,3}, Norheim OF²

¹Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ²Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Bergen; ³Medisinsk Fødselsregister, Folkehelseinstituttet, Bergen.

Bakgrunn. Desentralisering har vore ein viktig premis for norsk fødselsomsorg. Samstundes kan komplikasjonar for mor og barn oppstå brått, vera svært alvorlige og kreve rask, spesialisert behandling og overflytting. Dette stiller store krav til organisering og innhald i helsetenesta. Aukande spesialisering og vurderingar knytta til drift av mindre fødeiningar har vore framtrekande i debatten kring helseforetaka og er knytta til sterke kjensleuttrykk. Vår hypotese er at kvinner som føder i Norge får helsetenester av god kvalitet uavhengig av institusjonsstorleik og reiseavstand.

Metode. Vi nyttar ein kombinasjon av internasjonale standard indikatorar; demografisk kartlegging og epidemiologiske verkty.

WHO indikatorar for akutt fødselshjelp: Institusjonane vert klassifisert etter kva tenester dei kan yte og gruppert i forhold til grunnleggande og avansert akuttbehandling. Tilgang og kvalitet blir vurderte ut fra 8 kategoriar m.a geografi, folkesetnad og utcome for mor/barn.

Demografisk tverrsnittstudie: Folkeregister adresse for kvinner 15-49 år og reiseavstand til næraste institusjon. Utrekningane er basert på Elveg databasen (Statens kartverk) og geografisk informasjons system (GIS) programvare fra Statistisk sentralbyrå.

Epidemiologiske data vert henta fra Medisinsk Fødselsregister sin statistikkbank.

Resultat. Det er regionale skilnader i institusjonsdekning og fylkesvise skilnader i reiseavstand til institusjon. Institusjonane tilbyr kun avansert akuttbehandling eller omsorg for normal fødsel. Grunnleggande akuttbehandling synest ikkje brukt i Norge. Majoriteten av fødslar finn stad i institusjon. Andel uplanlagte heimefødselar og transportfødselar har auka sidan 1975. Alle kvinner som opplever komplikasjonar vil få behandling, jamvel om reise til og overflytting mellom institusjonar vil innebere ulik tidsbruk. Det er nasjonal og regional variasjon i keisersnittfrekvens. Mødredødsfall i Norge er sjeldsynte og gir ikke tilstrekkeleg grunnlag til å måle kvalitet i helsetenesta.

Konklusjon. Innhald og tilgang til helsetenester ved fødsel varierer mellom og innanfor helseregionane. Det er naudsynt å kartlegge om dette får følgjer for kvinner som opplever komplikasjonar. Vi vil gjennomføre ein retrospektiv kohortstudie for å kartlegge forekomst av alvorlige materielle komplikasjonar og studere om institusjonsstorleik og reiseavstand til institusjon påverkar utcome for kvinner med låg risiko.

PI1. PREDICTORS OF LOW APGAR SCORE AND TRANSMISSION TO NICU IN CESAREAN DELIVERY

Kolås T¹, MD, PhD, Øian P², MD, PhD, Skjeldestad FE³, MD, PhD

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Innlandet Hospital Trust, Lillehammer;

²Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital of North Norway, Tromsø; ³Institute of Clinical Medicine, University of Tromsø, Tromsø.

Objective. To analyze neonatal outcome and transferral to neonatal care unit by stage of labor at decision of cesarean delivery (CD).

Methods. Eligible for analysis was 2181 mothers, participating in the Norwegian Breakthrough Project on CD in 1999-2000, with singleton pregnancy. Stage of labor was defined as planned CD (gr. 1), emergency CD not in labor (gr. 2), emergency CD with cervical dilatation 3-8 cm (gr. 3), emergency CD with full dilatation (9-10 cm) (gr. 4). Endpoints were Apgar score groups < 6, 6-8 and 9-10, respectively, and rates of transferral to neonatal intensive care unit (NICU). All analyses were done in SPSS version 17 with Chi-square test and T-test.

Results. Overall, the prevalence of 5 minute Apgar scores < 6 and transferral rate to neonatal intensive care unit (NICU) were 1.9% and 19.3%, respectively. Significant more newborns delivered by mothers in group 2 were transferred to NICU in Apgar scores groups 6-8 and 9-10 than in the other CD groups. Newborns in group 2 and group 4 had significantly more often low Apgar scores than in group 1 and group 3. Newborns in group 2 (31.1%) were significantly more often transferred than in the other groups (gr. 1: 12.9%, gr. 3: 18.2% and gr. 4: 21.5%). Most transferrals to NICU were found among neonates with Apgar score 9-10 (271:421=64.4%). Few (27:421=6.4%) transferred neonates had low Apgar score (≤ 5). We could not demonstrate any indication for CS predicting low Apgar score or transferral to NICU in any study group.

Conclusions. Transferral rates of newborns to NICU after CD are considered high and in the Apgar group 9-10 we question the medical indications for transferral. Routines for transferral of neonates after CS to NICU need a critical review.

PI2. IS THE OPERATIVE DELIVERY RATE IN LOW-RISK WOMEN DEPENDENT ON BIRTH CARE LEVEL? A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL

Bernitz S¹, Rolland R², Blix E^{3,4}, Jacobsen M^{5,6}, Sjøborg K¹, Øian P^{1,4,7}

¹Department of Obstetrics and Gynaecology at Østfold Hospital Trust, Norway; ²Department of Obstetrics and Gynaecology, Vestre Viken Hospital Trust, Norway;

³Clinical research centre, University Hospital of North Norway, Norway; ⁴Faculty of Health Sciences, University of Tromsø, Norway; ⁵Department of Research, Østfold Hospital Trust, Norway; ⁶University of Oslo, Norway; ⁷Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of North Norway, Norway.

Background. In 1999 the Norwegian Parliament decided to organise national birth care into three levels. Obstetric departments were also advised to organise birth care in units for low-risk and high-risk. The Department of Obstetric and Gynaecology at Østfold Hospital Trust, with approximately 3000 births per year, was divided into three separate units, placed on separate floors, in 2004: The Midwife-led Unit (MU), the Normal Unit (NU) and the Special Unit (SU). To investigate possible differences in operative delivery rate among low-risk women in an alongside midwifery-led unit and in standard obstetric units within the same hospital, a randomised controlled trial was carried out at the Women's clinic at Østfold Hospital Trust 2006 - 2010.

Methods. 1111 women assessed to be at low-risk at onset of spontaneous labour were randomised into one of the department's three birth units. Main outcome was the rate of operative deliveries and secondary outcomes were augmentation, pain relief, post partum haemorrhage, sphincter injuries and intrapartum transfer; Apgar score < 7 at 5 min, metabolic acidosis and transfer to neonatal intensive care unit.

Results. There were no significant difference in total operative delivery rate between the three units, 16.3 % at the Midwife-led Unit, 18.0 % at the Normal Unit, and 18.8 % at the Special Unit. There were no significant differences in postpartum haemorrhage, sphincter injuries, or in neonatal outcomes. There were statistical significant differences in augmentation, Midwife-led Unit vs Normal Unit RR 0.73 (95 % CI 0.59-0.89) Midwife-led Unit vs Special Unit 0.69 (0.56-0.86), in epidural analgesia, Midwife-led Unit vs Normal Unit 0.68 (0.52-0.90), Midwife-led Unit vs Special Unit 0.64 (0.47-0.86), and in acupuncture, Midwife-led Unit vs Normal Unit 1.45 (1.25-1.69) Midwife-led Unit vs Special Unit 1.45 (1.22-1.73).

Conclusions. Level of birth care does not significantly affect the rate of operative deliveries in low-risk women without any expressed preference for level of birth care.

PI3. ARTERIELL EMBOLISERING VED ALVORLIG POSTPARTUM BLØDNING

Aas-Eng K¹, Margas EB¹, Goderstad JM¹, Kløw NE², Qvigstad E¹

¹Kvinneklivnikken, ²Klinikk for diagnostikk og intervensjon; Oslo universitetssykehus Ullevål, Oslo.

Bakgrunn. Alvorlig postpartum blødning, hvor behandling med adekvate medikamenter ikke strekker til, kan ende med embolisering av arterielle kar eller hysterektomi. Studiens hensikt var å undersøke risikofaktorer for alvorlig postpartum blødning, årsaker til blødning og insidensen og komplikasjoner av postpartum embolisering.

Metode. Retrospektiv studie av pasienter som gjennomgikk embolisering postpartum ved fødeavdelingen i perioden 2002-2010. Opplysninger om pasientene ble samlet fra journalene, laboratoriedata, emboliseringsbeskrivelse og i tillegg kliniske data. Suksess ble definert som blødningsstopp uten behov for ny embolisering eller hysterektomi etter embolisering.

Resultater. I perioden 2002-2010 var det 57.693 fødsler ved Oslo universitetssykehus Ullevål. Data på pasienter som ble embolisert ved alvorlig postpartum blødning vil bli presentert inkludert risikofaktorer, årsaker, intervensjoner og komplikasjoner etter embolisering.

Konklusjon. Embolisering er et viktig intervensjonsalternativ ved alvorlig postpartumblødning i motsetning til hysterektomi. Insidens på embolisering ved postpartum blødning fra en større studie fra Nederland er på 3.2 per 10.000 fødsler. Vi ønsker med denne studien å presentere våre erfaringer med embolisering ved alvorlig postpartum blødning ved Oslo universitetssykehus Ullevål. Metoden er trygg og effektiv.

PI4. NEDSATT MMP1 EKSPRESJON I PRE-EKLAMPSI OG FØTAL VEKSTHEMMING

Toft JH¹, Lian IA², Olsen GD², Langaas M³, Bjørge L⁴, Eide IP⁵, Børdahl PE⁴, Austgulen R²

¹Kvinneklivnikken, Stavanger universitetssykehus, Stavanger; ²Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, NTNU, Trondheim; ³Institutt for matematiske fag, NTNU, Trondheim; ⁴Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen; ⁵Kvinneklivnikken, St Olav Hospital, Trondheim.

Bakgrunn. Årsaker til mangelfull trofoblast invasjon og placentasvikt i svangerskap med pre-eklampsi (PE) og føtal veksthemming (FGR) er ikke fullstendig kartlagte. Mye tyder på multifaktoriell etiologi hvor et unormalt samspill mellom mor og fosterceller tidlig i svangerskapet medvirker i patogenesen. I denne studien ble genuttrykk i deciduavev analysert med mikromatrise-teknikk for å avdekke underliggende årsaker til mangelfull trofoblast invasjon i svangerskap med placentasvikt.

Metode. Decidua basalis vev ble innsamlet ved vaksugsug av placentasengen under keisersnitt. Til sammen 18 syke (kvinner med PE og/eller FGR) og 17 kontroller (friske

gravide kvinner) ble inkludert til mikromatrise-analyser med Affymetrix Human Genome

Focus Arrayer. Kvantitativ PCR og immunfluorescens-analyser ble brukt i oppfølgingstudier.

Resultater. Mikromatrise-analysen avdekket fem differensielt uttrykte gener (PER3, PS-PLA1, EVA1, MMP1 og CIAO1) mellom syke og friske ($p < 0.05$). Blant disse genene var matriksmetalloproteinase 1 (MMP1) fire ganger nedregulert hos de syke, validert med kvantitativ PCR. Dobbel immunfluorescens merking med antistoffer mot cytokeratin 7 og pro-MMP1 viste signifikant nedsatt pro-MMP1 protein ekspresjon i ekstravilløse trofoblaster (EVT) i alle sykdomsgrupper; mest redusert ekspresjon sett i svangerskap med føtalveksthemming. Det cellulære pro-MMP1 protein uttrykket varierte; noen trofoblaster hadde finfordelt pro-MMP1 i hele cytoplasma, mens andre viste en tydelig polarisert pro-MMP1 ekspresjon.

Konklusjon. Global mikromatrise-analyse av decidua basalis vev avdekket nedsatt

genekspresjon av MMP1 i svangerskap med placentasvikt. Videre viste immunfluorescens-analyser lavere uttrykk av pro-MMP1 protein i ekstravilløse trofoblaster fra syke kvinner. Vitror nedsatt MMP1 ekspresjon i ekstravilløse trofoblaster kan bidra til den nedsatte trofoblastinvasjonen observert i svangerskap med PE/FGR.

PI5. APLASI AV OS OCCIPITALE

Salvadores-Hansen T¹, Eggebø T¹, Brattheland J¹, Dirdal H U², Houge G³ ¹Kvinneklivnikken, Stavanger Universitetssjukehus; ²Avdeling for patologi, Stavanger Universitetssjukehus; ³Senter for medisinsk genetik og molekylær medisin, Haukeland Universitetssykehus, Bergen.

Bakgrunn. Vi beskriver et foster med et meningocele som følge av aplasi av os occipitale. Så langt vi vet er dette ikke tidligere blitt beskrevet.

Kasustikk. Det ble ved ultralyd i første trimester funnet et foster med aplasi av os occipitale med følgende dannelse av et occipitalt meningocele uten dekning av hud. De vanligste differensial diagnosene er acrani, og encephalocele. Svangerskapet ble avbrutt og senere undersøkelse av patolog viste en åpning i skallen tilsvarende området for os occipitale, uten overliggende hud. Hjernene var intakt, beskyttet av frontal og parietal beina. Det ble gjort karyotyping av fosteret som viste en balansert translokasjon 46,XX,t(3;9)(p21.3;q22.3), noe man også fant ved undersøkelse av frisk far og farfar.

Konklusjon. Vi mener at misdannelsen hos dette fosteret skal klassifiseres som aplasi av os occipitale, og kasustikken illustrerer nytten av 3D ultralyd til diagnostisering av skjelettanomali tidlig i fosterlivet.

PI6. ER PLACENTAVEKT ULIK I SVANGERSKAP MED LEVENDE OG DØDE AVKOM?

Haavaldsen C¹, Samuelsen SO^{2,3}, Eskild A^{1,4}

¹Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus; ²Matematisk institutt, Universitetet i Oslo; ³Divisjon for epidemiologi, Nasjonalt folkehelseinstitutt; ⁴Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Bakgrunn. Risikoen for intrauterin fosterdød øker i takt med svangerskapets lengde. Årsaken til dette er ukjent. En velfungerende placenta er essensiell i svangerskapet, og placentasvikt er en kjent årsak til fosterdød. Placentavekt har blitt foreslått som en indikator for placentafunksjon. Vi ønsket derfor å studere sammenhengen mellom placentavekt, placentavekt-/fødselsvekratio og gestasjonsspesifikk fosterdød.

Metode. Data fra Medisinsk fødselsregister ble brukt i denne populasjonsbaserte studien. Alle fødsler i Norge fra 22. svangerskapsuke i perioden 1999-2008 var inkludert i studien (n=536 567)

Resultater. Svangerskap med fosterdød var overrepresentert i laveste kvartil av placentavekt og i laveste kvartil av placentavekt-/fødselsvekratio både før termin

og ved termin. Før termin var svangerskap med forekomst av fosterdød imidlertid også overrepresentert i den høyeste kvartilen av placentavekt-/fødselsvektratio. Ved pre-term fødsel var odds ratio for intrauterin fosterdød 2.51 (95% CI 1.82-3.45) dersom placentavekt var under 300 gram. Dersom placenta veide 1050 gram eller mer, var odds ratio 5.28 (95% CI 2.21-12.61) når justeringer var gjort for svangerskapslengde, fødselsvekt, mors alder, preeklampsi og diabetes. Ved fødsel til termin var justert odds ratio for intrauterin fosterdød 7.90 (95% CI 4.33-14.41) dersom placenta veide under 300 gram, mens odds ratio var 1.18 (95% CI 0.67-2.08) ved placentavekt \geq 1050 gram.

Konklusjon. Både små og store placentaer, sett i forhold til fødselsvekt, var assosiert med fosterdød før termin. Ved termin var bare små placentaer forbundet med intrauterin fosterdød.

PI7. IVF VED BEHANDLING AV ENDOMETRIOSE-ASSOSIERT INFERTILITET

Opøien HK¹, Fedorcsak P¹, Omland AK¹, Åbyholm T², Bjercke S¹, Ertzeid G¹, Oldereid N¹, Mellembakken J¹, Tanbo T¹

¹ Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Oslo; ² Fødeavdelingen, Oslo Universitetssykehus, Oslo.

Bakgrunn. Endometriose er assosiert med nedsatt fruktbarhet. Tidligere undersøkelser har vist at behandling av endometriose-assosiert infertilitet med IVF gir dårligere resultater sammenliknet med tubar eller uavklart infertilitet. De tidligere studiene er for det meste av eldre dato, har benyttet forskjellige stimuleringsregimer og har ikke klassifisert endometriosen. Vi har derfor foretatt en retrospektiv kohortstudie på et stort materiale som er ensartet behandlet og klassifisert etter ASRMs scoringssystem.

Metode. I perioden 1996 til 2010 var 1074 pasienter med endometriose til IVF-behandling. Alle var på forhånd laparoskopert og endometriosen ble klassifisert etter ASRMs scoringssystem. Endometriosen ble delt inn i to grupper, ASRM-II (peritoneal endometriose uten affeksjon av tuber eller ovarier) og ASRM III-IV (uttalt endometriose). Som kontrollgruppe ble benyttet pasienter med tubarfaktor (n=1171). Pasientene ble stimulert med en GnRH-agonist nedreguleringsprotokoll og eggthenting, fertilisering in vitro, embryo kultur og innsetting av embryo ble gjort etter gjeldende prosedyre. Serum hCG ble tatt 14 dager etter eggthenting, og pasienter med hCG-titer > 20 IU/l fikk gjort vaginal ultralydundersøkelse 5 – 6 uker etter embryo innsetting. Pasienter med vital graviditet ga tilbakemelding når de hadde født og data angående svangerskap og fødsel ble innhentet fra fødeavdelingene.

Resultater. Det var ingen forskjell i aldersfordelingen mellom de tre gruppene. BMI var noe lavere i endometriosegruppene og flere var nullgravida enn i tubarfaktorgruppen. Responsen på hormonstimuleringen var lavere med høyere FSHdose og færre oocytter i ASRM III-IVgruppen sammenliknet med de to andre gruppene. Graviditetsfrekvensen og andel fødte barn per startet første forsøk var sammenliknbar i de tre gruppene. Kumulativ fødselsrate var høyest i ASRM I-II gruppen og lavest i ASRM III-IVgruppen. Ved oppsplitting av ASRM III-IVgruppen i de med og uten endometriomer under pågående behandling var kumulativ fødselsrate blant de med uttalt peritoneal endometriose sammenliknbar med ASRM I-IIgruppen mens de med endometriomer kom dårligere ut.

Konklusjon. Infertile kvinner med peritoneal endometriose uten samtidig endometriomer har like gode resultater ved IVF som kvinner med tubarfaktor.

PI 0. ÅRSRAPPORT 2009 NORSK GYNEKOLOGISK ENDOSKOPIREGISTER (NGLR) V/LAPAROSKOPIUTVALGET, NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

Folkestad EH¹, Lieng M²

¹Kvinnelinikken, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg; ²Gyn. avd. Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Bakgrunn. Det har ikke vært utgitt årsrapport fra NGLR de siste årene på grunn av tidligere leder Jardar Omas tragiske bortgang. En forsinket Årsrapport 2009 fra NLGR ble fullført i april 2011, og vi ønsker å presentere deler av denne for deltagerne på årsmøtet i NGF. Formålet er dels å informere om rapportens innhold til gynekologer både fra deltagende og ikke deltagende avdelinger. Vi ønsker også å rekruttere flere avdelinger til å registrere sine laparoskopiske inngrep i NGLR.

Metode. Dataene som presenteres er fra Årsrapport 2009. Dataene sammenliknes også i noen grad med NGLR data fra tidsperioden 2004-2008 (totalt 6650 laparoskopiske inngrep). Komplettheten av registreringen er beregnet utfra NPR data fra samme tidsperiode. Rapporten er utarbeidet av Laparoskopitvalget i Norsk Gynekologisk Forening.

Resultater. 5 avdelinger registrerte totalt 2124 laparoskopisk inngrep i NGLR i 2009. Komplettheten på registreringen var 86 %. De vanligste hoveddiagnosene var benign ovarialtumor (13 %), endometriose (12 %) og kvinnelig infertilitet (11 %). 18 % av laparoskopiene var klassifisert som enkle inngrep, 58 % middels avanserte og 24 % avanserte inngrep. De vanligste hovedprosedurene var supravaginal uterusamputasjon (11 %) og ekstirpasjon av henholdsvis ett adnex (9,7 %) og begge adnex (9,3 %). Av 2124 inngrep ble 44 konvertert til laparotomi (2,1 %). Oppfølgingen av pasientene etter utskrivelse har vært gjennomført i svært varierende grad, laveste oppfølgingsgrad var 17 %, høyeste 92 %. Lite alvorlige komplikasjoner ble rapportert hos 4,4 %, middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner hos 1,3 %.

Konklusjon. På tross av at få avdelinger foreløpig deltar i NLGR, er det totale antallet registrerte prosedyrer relativt stort. Komplettheten i rapporteringen er god, men oppfølgingen etter utskrivelse bør forbedres. NGLR er et viktig verktøy for å sikre kvaliteten på den operative behandlingen ved registrering av komplikasjoner etter alle laparoskopiske inngrep. Vi oppfordrer derfor alle landets gynekologiske avdelinger til å delta i NLGR.

PI9. KULER OG KLUMPER VULVOVAGINALT, TILFELDIG OPPHOPNING AV SJELDNE KASUISTIKKER PÅ KKB VÅREN 2011

Veddeng A, Hannestad Y, Engelsen I B

Kvinnelinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen.

Bakgrunn. Preoperative vurderinger av oppfyllinger i vulva og vagina kan noen ganger by på differensialdiagnostiske utfordringer. Det vanligste er vanligst, men sjeldenheter kan også forekomme. Benign neoplasi kan utgå fra hvilket som helst vev, og i de kvinnelige genitalia er det rikelig med mesenchymalt vev som kan gi opphav til maligne, men også non-maligne tumores. I den gynekologiske hverdag er det derfor viktig å vite noe om sjeldne solide tumores som kan oppstå vulvovaginalt. Disse kan være til besvær både for pasient og lege, men kan ofte enkelt behandles med kirurgisk ekstirpasjon.

Metode. Gjennomgang av 3-4 kasuistikker. Utfyllende bildedokumentasjon og histologi. Systematisk litteraturgjennomgang av aktuelle mesenchymale tumores.

Resultater. Vi har ved KKB i løpet av 6 måneder undersøkt og behandlet flere sjeldne benigne tumores vulvovaginalt enn man kan regne med å se i løpet av en hel gynekologisk karriere.

P20. ROBOTASSISTERT KIRURGI VED GYNEKOLOGISK AVDELING, ST OLAVS HOSPITAL

Tingulstad S, Ravlo M, Hagen B
Kvinneklubben, St. Olavs Hospital, Trondheim.

Bakgrunn. Robotassistert laparoskopisk kirurgi er den mest avanserte minimal invasive kirurgi i dag. DaVinci systemet (intuitive surgical system) ble godkjent til gynekologisk kirurgi i 2005, og brukes i dag både i generell gynekologi og i gynekologisk onkologi.

St. Olavs Hospital kjøpte sitt første daVinci system i mars 2010. Fra november 2010 har generell gynekologisk avdeling og gynekologisk kreft avdeling i fellesskap operert med robotassistert kirurgi.

Målsetting. Å vurdere kvaliteten av en ny kirurgisk metode tatt i bruk ved gynekologiske operasjoner.

Metode. 69 kvinner er operert med robotassistert laparoskopisk kirurgi fra november 2010 til juni 2011 ved gynekologisk avdeling, St. Olavs Hospital. Demografiske data, histologi, operasjonsprosedyre, operasjonstid, suturteknikk, blødning, komplikasjoner, analgetika forbruk og liggetid er registrert i eget skjema fortløpende. Resultatene er analysert som ledd i kvalitetssikring av egen operativ virksomhet.

Resultater. Av de 69 pasientene som er operert hadde 35 pasienter malign – eller premalign sykdom, 34 pasienter hadde benign sykdom. Ingen operasjoner ble konvertert til laparotomi. Pasientene hadde lavt per operativt blodtap, få alvorlige komplikasjoner; lavt postoperativt analgetika behov og kort liggetid. En markant reduksjon i operasjonstiden ble registrert med stigende operativ erfaring.

Konklusjon: Robot assistert kirurgi ved St. Olavs Hospital har vist lav morbiditet og kort liggetid, samt en signifikant reduksjon i operasjonstid med stigende erfaring. Operasjonsmetoden er egnet for mange ulike indikasjoner i gynekologien.

P21. LEARNING AND INTER-RATER RELIABILITY STUDY OF THREE AND FOUR DIMENSIONAL TRANSPERINEAL ULTRASOUND IMAGING

Richter E^{1,4}, Stær-Jensen J^{1,4}, Hilde G², Brækken I³, Bø K^{2,1}, Ellström Engh M^{1,4}

¹Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology, Lørenskog, Norway; ²Norwegian School of Sport Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo, Norway; ³HØKH, Research Centre, Akershus University Hospital, Lørenskog, and Faculty Division Akershus University hospital, University of Oslo, Oslo, Norway; ⁴Faculty Division Akershus University, University of Oslo, Oslo, Norway.

Aim. The primary aim was to study the learning process of performing a 3D/4D transperineal ultrasound examination of the pelvic floor and analysing the imaging. A second aim was to perform an inter-rater reliability study between two independent ultrasound examiners.

Material and

Methods. This prospective study was conducted at the Department of Obstetrics and Gynecology Akershus University Hospital from June to September 2010. The learning process for a physician (P) with no experience of 3D/4D transperineal ultrasound was monitored. P performed a 3D/4D ultrasound examination consisting of three contractions and three Valsalva manoeuvres with 20 women (two women at 22, eight women at 37 weeks of gestation and ten women 6 weeks after delivery) in alternating order with an ultrasound experienced gynecologist (G). Agreement of the examination and analysing process between P and G was estimated. When P achieved acceptable agreement, an inter-rater study for the whole procedure was performed. The measurements assessed were: area of levator hiatus (LHarea), anterior-posterior (LHap) and transverse diameter (LHrl) and circumference (LHcirc), the bony part of the hiatus (Pubic arc) and levator urethral gap (LUG).

Results. Learning how to perform ultrasound examinations: Already after having examined the first ten women P achieved good to very good agreement with G in all LH measurements.

Learning how to analyse recorded volumes: After having analysed the first ten ultrasound volumes good to very good agreement between P and G was achieved for all LH measurements except for LUGright (ICC=0.47; SD=0.28), LUGleft (ICC=0.49; SD=0.21) and Pubic arch (ICC=0.13; SD=0.68). After having analysed the next ten volumes good to very good agreement was achieved for all LH measurements, except for Pubic arch (ICC=0.39; SD=0.76).

Inter-rater reliability study: All measurements of the levator hiatus dimensions except Pubic arch showed very good reliability at contraction and Valsalva. The measurements of Pubic arch showed good reliability. There was a significant systematic observer bias in the measurement of LHcirc during contraction ($p < 0.05$).

Conclusions.

Our data suggests that the 3D/4D ultrasound examination is easy to learn and can be an accessible tool for the clinician. The examination is easier to learn than the analysing process.

P22. PRESERVED FERTILITY FROM 22 TO 41 YEARS OF AGE IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Mellembakken J¹, Berga S², Kilen M³, Tanbo TG^{1,3}, Åbyholm T^{3,4}, Fedorcsák P¹

¹Department of Gynecology, Oslo University Hospital; ²Department of Gynecology and Obstetrics, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, USA; ³Faculty of Medicine, University of Oslo; ⁴Department of Obstetrics, Oslo University Hospital.

Background. Subfertility due to chronic anovulation is common in women with polycystic ovary syndrome (PCOS) and is often treated with in vitro fertilization (IVF). Women with PCOS have an increased ovarian follicle and oocyte count, increased ovarian reserve and/or a slower rate of follicle atresia. If so, one would expect women with PCOS to display delayed reduction in fertility with advancing age as compared to eumenorrheic women.

Method. To test this hypothesis we compared oocyte count and live birth rates among two groups undergoing IVF, 500 women with PCOS and 500 eumenorrheic women with infertility due to tubal factor only.

Results. Across the age range 22 to 41 years, oocyte count and live birth rates remained stable in women with PCOS. In the eumenorrheic comparison group these parameters decreased significantly with age.

Conclusion. Women with PCOS display preserved fertility with advancing age as compared to infertile eumenorrheic women.

T KREM 5%: 1 g *innh.:* Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, stearylalkohol, hvit myk parafin, polysorbat 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylparahydroksybenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, renset vann. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflatiske basalcellekrefte (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 akseptbarheten 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) før sengetid. Behandlingen bør fortsette til synlige genitale eller peri-anale 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. *Overflatiske basalcellekrefte hos voksne:* Påfør kremen i 6 uker, 5 ganger pr. uke (f.eks. mandag til fredag) før sengetid. Behandlingseffekten skal bedømmes 12 uker etter avsluttet behandling. Ved ufullstendig 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 før 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. gjenntas 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 ufullstendig respons ved oppfølgingen 4-8 uker etter 2. behandlingsperiode, skal alternativ behandling benyttes. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet mot imiquimod eller andre innholds-stoffer i kremen. **Forsiktighetsregler:** *Veneriske vorter:* Det er begrenset erfaring ved behandling av vorter under forhuden hos ikkeomskårne menn. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosos, 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 med å trekke forhuden tilbake. Opptrer 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-tolererbar 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 reaksjonene 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 for 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 vortetilhelning hos HIV-positive pasienter, men ikke i samme grad som hos HIV-negative. *Basalcellekrefte:* Imiquimod er ikke undersøkt ved behandling av basalcellekrefte innenfor et område på 1 cm fra øyelokkene, nese, lepper eller hårsestet. 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. Hjelpstoffene cetylalkohol, stearylalkohol, metyl- og propylparahydroksybenzoat, 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

lokale hudreaksjonene (f.eks. erytem) er forbundet med tilhelingshastigheten. 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 vanlig. 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 basalcellekrefte 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 funksjonsevne. I svært sjeldne tilfeller har uttalte reaksjoner i urinrørsåpningen medført dysuri hos kvinner. *Hypipige (>1/100):* Hud: Erytem, kløe, svie, smerte på applikasjonsstedet, infeksjon, pustula. *Mindre hypipige:* Øvrige: Hodepine, influensalignende symptomer. Lokal hypo- og hyperpigmentering etter bruk av imiquimod er rapportert. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. den minimale percutane absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan resultere i alvorlige lokale hudreaksjoner. Etter utslitt oral 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 oral inntak av >200 mg imiquimod er hypotensjon. Blodtrykket kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjonsansbefaling D06B B10. **Egenskaper:**

Klassifisering: Immunstimulerende middel. **Virkningsmekanisme:** Imiquimod modifiserer immunresponsen. Receptorbindingsstudier 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 induere 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 gkr 719,70. **Sistendret:** 20.11.2007. **Refusjonsberettiget bruk:** Lokalbehandling av mindre overflatiske basalcellekrefte (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 akseptbarheten av kryoterapi. Ved immunsvikt: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata). Palliativ behandling i livets slutfase.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	
-90	Palliativ behandling i livets slutfase	136
B99	Immunsvikt INA	31, 136
S77	Basalcellekarsinom	167
S80	Solutløst keratose/solforbrenning	54, 136

ICD	Vilkår nr	
-90	Palliativ behandling i livets slutfase	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.Edwards L. Ferency A. Eron L. et al. Self-administered Topical 5 % Imiquimod cream for external Anogenital Warts. Arch Dermatol. 1998; 25: 25-30.





Effektiv egenbehandling av kondylomer med lav residivfrekvens¹

 **Aldara**[™] *krem, 5%*
Imiquimod

Stimulerer immunsystemet lokalt

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

Norsk kvinnelig inkontinensforum

4 nov. 2011, Auditoriet Bærum sykehus

11:00	Chairman Rune Svenningsen Hvorfor Norsk kvinnelig inkontinensregister? Er NUGGrapporten nyttig?	Sigurd Kulseng-Hanssen Gunnar Lose
11:20	Urodynamikk trenger vi det?	Yngvild Skåtun Hannestad
11:55	Overvekt og inkontinens	Kari Western, Trus Servoll, Hege Dekkerhus
12:20	En god dag på urogynpoliklinikken samarbeid og logistikk	panel med lege sekretær og uroterapeut
13:10	lunch Chairkvinne Yngvild Skåtun Hannestad	
14:10	Komplikasjoner etter TVT	Trygve Talseth
14:35	Operativ korreksjon av TVT bånd ved postoperativ urinretensjon	Rune Svenningsen
15:00	Uroterapeutens rolle ved urininkontinens	Anita Vanvik
15:25	Kaffepause Chairkvinne Anita Vanvik	
15:45	Trenger vi ambulatorisk urodynamikk ? Er det mulig å finne pasienter med lavt lukketrykk uten å måle urethratrykket?	Sigurd Kulseng-Hanssen Gunnar Lose
16:10	Resturin er det reproduserbart? Resturin etter inkontinensoperasjoner	
16:35	Reservetid	
17:00	Møteslutt	

Deltagelse, mat ved ankomst, lunch og kaffe i pausene er kostnadsfritt. Sykehusavdelinger som sender mer enn 3 deltagere betaler mat og drikke for overskytende deltagere. **Vi ber om påmelding til møtet innen 15. september.**

Bindende påmelding med navn og profesjon på deltagerne skjer til Bjørg Tove Johansen, Kvinneklinikken, Bærum sykehus bjorg.tove.johansen@vestreviken.no tlf 67809452

22nd European Congress of Obstetrics and Gynaecology

EBCOG 2012, 9 –12 May, Tallinn, Estonia



Organised by the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology

FIRST ANNOUNCEMENT

www.ebcog2012.com
ebcog2012@ics.dk



NFOG Specialist Course 2011

Chronic Pelvic Disorders – a challenge

November 9 – 10 2011

Park Inn Airport Hotel, Copenhagen, Denmark

The Educational Committee of NFOG hereby invites you to the NFOG Specialist Course on the subject Chronic Pelvic Disorders – a Challenge. The overall topic includes conditions in gynecology and obstetrics that are related to chronic pelvic symptoms. Nordic and international top speakers with active research in this area will participate. The course is the third of the NFOG Specialist Course, planned to run each year with different topics, and aimed at OBGYN specialists. However, trainees are more than welcome to participate as well. Below you find the final program. The number of participants is limited to 200, due to course facilities. NFOG members (includes all members of the national societies) are welcome to register at the NFOG web-site from May 1st. Non-members are welcome to register from September 15th. Reservations at different hotels in the area could be made at the same time as the registration. The course will be sponsored according to regulations by the Danish Legal Board of Self-Regulation concerning Pharmaceuticals.

Course fees (including two lunches, refreshments and one dinner at Park Inn):

NFOG member, early registration before September 15th DKK 1800,-

NFOG member, late registration after September 15th DKK 2500,-

Non-NFOG members, registration available from September 15th DKK 3000,-

Register online at www.NFOG.org

Course program

Wednesday 9th of November

11.30 - 13.00 REGISTRATION, LUNCH

13.00 - 13.05 Welcome and introduction

Göran Berg, President of NFOG

Session 1 Dysfunctional urinary bladders (chair Kristín Jonsdóttir)

13.05 - 13.30 Overactive bladder

Tareq Alsaody (S)

13.30 - 14.00 Painful bladder syndrome

Ralf Peeker (S)

14.00 - 14.30 When the bladder rules your life

Ulla Due (DK)

14.30 - 14.50 Panel discussion and questions

14.50 - 15.20 COFFEE

Session 2 Impact of mode of delivery on chronic pelvic disorders (chair Marie Bixo)

15.20 - 15.40 Long-term consequences after caesarian section

Ellica Andolf (S)

15.40 - 16.00 Long-term consequences after vaginal delivery

Gunilla Tegerstedt (S)

16.00 - 16.30 Anal problems after vaginal delivery

Marianne Staark (DK)

16.30 - 16.50 How to deliver women with chronic pelvic disorder?

EA, GT, MS

16.50 - 17.20 Panel discussion and questions

19.30 DINNER

Thursday 10th of November

Session 3 Endometriosis (chair Matts Olovsson)

08.30 - 09.00 Impact of endometriosis on patient and society

Hanne Vedsted-Hansen (DK)

09.00 - 09.30 Nordic guidelines – why?

Mette Moen (N)

09.30 - 10.00 Should treatment of endometriosis be centralized?

Jens Jörgen Kjaer (DK)

10.00 - 10.30 COFFEE

10.30-11.00 What's new in the management of endometriosis?

Thomas D'Hooghe (B)

11.00 - 11.30 Pain mechanisms

Thomas Lundberg (S)

11.30-12.00 Panel discussion and questions

12.00-13.00 LUNCH

Session 4 Sexological problems (chair Jakob Nakling)

13.00 - 13.30 Let's talk about sex

Moniek ter Kuile (NL)

13.30 - 13.50 Sexual dysfunction after delivery

Ann Olsson (S)

13.50 - 14.20 Impact of chronic pelvic pain on sexuality

Lone Moritzen (DK)

14.20 - 15.00 Panel discussion and questions

15.00 - 15.05 Concluding remarks

NFOG Educational Committee

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.

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 amming. **Bivirkninger:** *Mindre hyppige:* Gastrointestinale: Brekninger, irritasjon av mavesekk, kvalme, urolig mage. 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 bakteriurien skyldes Proteus og Pseudomonas, bør pH i blæreurin følges. Proteus og Pseudomonas spalter urinbestanddeler 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 329,10. **Tabletter:** 20 stk. kr 69,50. 100 stk. kr 184,20. **T:** 19b) 2, 38a) 2. **Refusjon:** I hht. refusjonslisten: **J01X X05 Metenamin Refusjonsberettiget bruk:** Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyre/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. Immunsivikt INA, vilkår nr : 31. **ICD-90,** Palliativ behandling i livets slutfase- Vilkår nr.31: D80 Immunsivikt med overveiende antistoffmangel, D81 Kombinert immunsivikt, D82 Immunsivikt forbundet med andre større defekter, D83 Vanlig variabel immunsivikt, D84 Annen immunsivikt. 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 nyre/urinveier. 2. Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyre/urinveier. 3. Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyre/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 Paediatr. 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 medarbeider. Profylakse ved residiverende cystitt hos fertile kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 16: 1150-52. 7. Gundersen et al. Hyppig forekommende cystitter hos eldre kvinner. Tidsskrift Nor Lægeforen (25) 1986; 1006: 2048-2049.

MEDA

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

	Dato	Kurs	Sted
2011	29.aug-2.sept	International Continence Society ICS 2011	Glasgow, Skottland
	3.-8. sept	The vulva and beyond, XXI World CongressProgram	Paris, Frankrike
	8.-10. sept	NGF Årsmøte 2011	Ålesund
	12.-13. sept	Contributions to Global Health Research, Capacity Building and Governance	Oslo
	4.-7.sept	11th World Congress on Endometriosis	Montpellier, Frankrike
	8.-11.sept	9th Congress of the European Society of Gynecology	København
	14.-17.sept	International Federation of Placenta Associations	Geilo
	16./17.sept	11th Seminar of the European Society of Contraception & Reproductive Health	Kaunas, Litauen
	18.-22. sept	21st World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology	Los Angeles, USA
	21.-24.sept	20th Annual Congress og ESGE (endoscopy)	London, UK
	21.-24.sept	Annual Meeting NAMS	Washington, USA
	23.-26.okt	13th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society	Praha, Tsjekia
	2.-4. nov	Perinataldagane	Trondheim
	3.-6. nov	The Oocyte: From Basic Research to Clinical practice	Barcelona, Spania
	8.-11.nov	10th World Congress of Perinatal Medicine	Punta del Este, Uruguay
	9.-10. nov	NFOG specialist course; Chronic pelvic disorders - a challenge	København, Danmark
	17.-20. nov	Controversies in obstetrics, gynecology & infertility	Paris, France
	24.-27. nov	The 4th Asia Pacific Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility	Bangkok, Thailand
	30.nov-3.des	14th World Congress on Human Reproduction	Melbourne, Australia
	5.-6. des	Workshop in 3-4D and Invasive Ultrasound: Pelvic floor, Uterus and Adnexa Program ultralydkurs	Akershus univ sjukehus, Noreg
8.-11. des	The 15th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility	Hanain Island, Kina	
Desember	Cross-border Reproductive Care: An International Conference on the Global Quest for a Baby	Macau, Kina	
2012	7.-10. mars	World congress on gynecological endocrinology ISGE	Firenze, Italy
	28.-31. mars	9th Congress on Menopause & Andropause	Athens, Greece
	april	Vårkurs NGF	Oslo, Norway
	9.-12. mai	22nd Congress EBCOG	Tallin, Estland
	17.-20. mai	CPP, The 2nd International Meeting on Cardiac Problems in Pregnancy	Berlin, Tyskland
	5.-8. juni	10th International Scientific Meeting, RCOG Malaysia	Kuching, Sarawak Malaysia
	16.-19.juni	NFOG 2012	Bergen, Norway
	20.-23. juni	12th Congress of the ESC, Myths & misconceptions vs evidence on contraception	Athens, Greece
	4.-8. sept.	IUGA	Brisbane, Australia
	7.-12. okt	FIGO World Congress	Roma, Italy
	25.-27. okt	Årsmøte NGF	Tromsø, Norway

Nexplanon®

- Østrogenfritt¹
- Langtidsvirkende - 3 år¹
- Reversibelt alternativ¹

Før forskrivning av Nexplanon®, se preparatomtalen

 Nexplanon®
68 mg etonogestrel

Nexplanon «Organon»

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A C08

IMPLANTAT 68 mg: Hvert implantat inneholder: Etonogestrel 68 mg bariumsulfat 15 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner mellom 18 og 40 år. **Dosering:** Graviditet skal utelukkes før implantatet settes inn. Ett implantat settes inn subdermalt mellom 1. og 5. dag i menstruasjonsyklus. Ved bytte fra annen prevensjon, se pakningsvedlegg. Implantatet skal fjernes/byttes etter 3 år. Innsetting og uttak bør kun gjøres av lege som er kjent med prosedyrene. **Kontraindikasjoner:** Aktiv venøs tromboembolisk sykdom. Kjente eller mistenkte kjønnsormonsensitive ondartede tilstander. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Før innsetting eller gjeninnsetting foretas en fullstendig medisinsk anamnese (inkl. familieanamnese). Ny legekontroll inkl. blodtrykkmåling og kartlegging av ev. bivirkninger bør foretas 3 måneder etter innsetting. Risikoen for brystkreft er ikke fastlagt, men kan være sammenlignbar med den som assosieres med kombinasjonspiller. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Implantatet bør tas ut dersom trombose oppstår. Uttak bør også vurderes ved kirurgiske inngrep eller langvarig immobilisering. Dersom vedvarende hypertensjon utvikles eller signifikant økning av blodtrykket ikke svarer tilstrekkelig på antihipertensiv behandling, bør bruk av implantatet avbrytes. Ved akutte eller kroniske leverfunksjonsforstyrrelser bør kvinnen henvises til spesialist. Ektopisk svangerskap bør tas i betraktning som differensialdiagnose ved amenoré eller buksmerter. Chloasma kan forekomme. Implantatet kan stotes ut dersom det ikke settes inn riktig eller ved en lokal betennelsesreaksjon. Kvinner som behandles med leverenzyminduserende legemidler bør bruke tilleggsprevensjon. Kvinner som står på langtidsbehandling med legemidler som inducerer leverenzym bør rådes til å bruke en ikke-hormonell prevensjonsmetode. **Interaksjoner:** Leverenzyminduserende legemidler kan gi økt clearance av kjønnsormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, rifampicin, ritonavir, nelfinavir, nevirapin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbammat, griseofulvin og naturlegemidlet johannesurt. **Graviditet/Amming:** **Overgang i placenta:** Er ikke indisert ved graviditet. Dersom graviditet oppstår skal implantatet fjernes. **Overgang i morsmelk:** Skilles ut i små mengder, men basert på tilgjengelige data kan implantatet brukes under amming. Produksjon og kvalitet av brystmelk påvirkes ikke. **Bivirkninger:** Endringer i blødningsmønster (blødningsfrekvens, intensitet eller varighet) må forventes. **Svært vanlige (≥1/10):** Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginal infeksjon. Kjønnsorganer/bryst: Ømme bryst, brystsmerte, uregelmessig menstruasjon. Nevrologiske: Hodepine. Undersøkelser: Vektøkning. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme, flatulens. Hjerne/kar: Høretokter. Hud: Alopeci. Kjønnsorganer/bryst: Dysmenoré, ovariecyster. Nevrologiske: Svimmelhet. Psykiske: Nedstemthet, affektabilitet, nervøsitet, nedsatt libido. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Undersøkelser: Vektreduksjon. Øvrige: Smerter på implantasjonsstedet, reaksjon på implantasjonsstedet, tretthet, influensalignende sykdom, smerte. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Oppkast, forstoppelse, diaré. Hud: Hypertrikose, utslett, kløe. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Faryngitt, rhinitt, urinveisinfeksjon. Kjønnsorganer/bryst: Genital utflod, vulvovaginalt ubehag, galaktoré, forstørrede bryster, genital kløe. Muskel-

skelettsystemet: Ryggsmerte, artralgi, myalgi, muskelskjelettsmerter. Nevrologiske: Migrene, somnolens. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Angst, søvnløshet. Øvrige: Pyreksi, ødem. Etter markedsføring: **Ukjent frekvens:** økt blodtrykk, seborré, urtikaria, (forverring av) angionevrotisk ødem og/eller forverring av arvelig angionevrotisk ødem. Innsetting eller fjerning av implantatet kan gi blåmerker, mild lokal irritasjon, smerte eller kløe, fibrose på innstikkstedet, arddannelse eller utvikling av en abscess. Parestesier eller parestesilignende hendelser, utstøtning eller forflytning av implantatet. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A side d. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Røntgentett, ikke nedbrytbart, bøyeleg implantat (4 cm langt og 2 mm i diameter) som er forhåndsledet i en steril engangsapplikator. **Virkningsmekanisme:** Frigjør ca. 60-70 mikrogram etonogestrel pr. døgn de første ukene, avtagende til 25-30 mikrogram pr. døgn ved slutten av det 3. året. Gir ovulasjonshemming og påvirker cervixsekretet slik at det blir mindre gjennomtrengelig for spermier. Preventiv effekt minst like god som for kombinasjonspiller. **Absorpsjon:** Ovulasjonshemmende konsentrasjoner nås etter 1 døgn. Maks. serumkonsentrasjon etter 1-13 dager. Utløsningshastigheten fra implantatet avtar med tiden, derfor synker serumkonsentrasjonen fra ca. 200 pikogram/ml ved slutten av det 1. året til ca. 156 pikogram/ml ved slutten av det 3. året. **Proteinbinding:** Ca. 96-99%. **Fordeling:** Det sentrale og totale distribusjonsvolumet er hhv. 27 liter og 220 liter. Halveringstid: Ca. 25 timer. **Metabolisme:** Metaboliseres ved hydroksylering og redusering. Metabolittene konjugeres til sulfater og glukuronider. **Utskillelse:** Som fritt steroid eller konjugat via urin og feces (forhold 1,5/1). **Andre opplysninger:** Implantatet bør kun settes inn og tas ut av lege som er kjent med innsettings/uttaksprosedyren, se pakningsvedlegg. Leger som har liten erfaring med teknikken rådes til å tegne seg denne under tilsyn av en mer erfaren kollega, ev. ta kontakt med den lokale forhandleren. **Pakninger og priser:** 1 stk. (implantat i engangsapplikator) kr 1250,50. **Sist endret:** 07.10.2010

Viktig sikkerhetsinformasjon

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

Se preparatomtalen for ytterligere informasjon.

Tryggere bruk av p-piller

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

Statens legemiddelverk



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, N-3002 Drammen, Tlf. 32 20 73 00, Faks 32 20 73 10, www.msd.no
Copyright © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved.

Referanse:

1. Nexplanon preparatomtale