

21-3
2009

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



ÅRSMØTEUTGAVEN 2009

Fredrikstad 3.-5. september

■ Årsrapporter s. 9 ■ Program s. 28 ■ Abstrakts s. 32 ■





- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavest østrogendose¹
- Bedre blødningskontroll enn p-piller (vs 30EE/LNG og 30EE/DRSP)^{2,3}

NUVARING® 

C NuvaRing "Organon"

Antikonseptjonsmiddel

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

Indikasjoner: Antikonseptjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner 18-40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den 1. dagen i menstruasjonssyklus og brukes i 3 sammenhengende uker. Start på dag 2-5 i syklus er mulig, men da bør mekanisk tilleggsprevensjon brukes de første 7 dagene. Etter 1 ukes ringfri pause, der en menstruasjonslignende blødning inntreffer, settes en ny ring inn i skjeden på samme ukedag og til omtrent samme tid. Ved bytte fra annen hormonell prevensjon, se pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Dyp venetrombose, nåværende eller tidligere, med eller uten medfølgende lungeemboli. Arteriell trombose, nåværende eller tidligere (f.eks. cerebrovasculær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Migrene med aura i anamnesen. Diabetes mellitus med vaskulære komplikasjoner. Alvorlige eller multiple risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose. Pankreatitt eller slik i anamnesen hvis assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdier ikke er normalisert. Nåværende eller tidligere levertumorer (benigne eller maligne). Kjente eller mistenkte maligne tilstander i genitalia eller brystene, hvis de er påvirkelige av kjønnshormoner. Udiagnostisert vaginalblødning. Hypersensitivitet for virkestoffene eller noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før behandlingen starter, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familieanamnese og blodtryksmåling. Graviditet utelukkes. Hyppighet av senere undersøkelser baseres på etablert klinisk praksis og tilpasses den enkelte kvinne. Hormonelle prevensjonsmetoder har vært assosiert med forekomst av venøse og arterielle tromboser. Risikoen for venøs tromboemboli (VTE) øker med: Økende alder, positiv familieanamnese (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (og muligens også overflatiske tromboflebitter og åreknuter), langvarig immobilisering, større operasjoner, ethvert kirurgisk inngrep i beina eller alvorlig trauma. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røyking, dyslipoproteinemi, fedme, hypertensjon, migrene, hjerteklaffefeil,

hjerteflimmer, positiv familieanamnese (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om en arvelig disposisjon skal kvinnen henvises til en spesialist for rådgivning før det tas en avgjørelse vedrørende bruk av hormonell antikonseptjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med sirkulatoriske bivirkninger omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (f.eks. Crohns sykdom eller ulcerøs colitt). En økning i frekvens eller styrke av migrene (som kan være forløper for en kardiovaskulær hendelse) kan være grunnlag for å avbryte bruken av NuvaRing umiddelbart. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumor må anses som en differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre del av buken, forstørrelse av leveren eller tegn på indre blødninger i abdomen. Kvinner med hypertriglyseridemi eller slik i familieanamnesen kan ha en økt risiko for pankreatitt. Hvis vedvarende klinisk signifikant hypertensjon utvikler seg, bør bruk av preparatet avsluttes og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenoppnas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiva. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved svangerskap eller ved bruk av hormonell prevensjon: Gulsott og/eller kløe relatert til kolestase, dannelse av gallersten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom. Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap, (arvelig) angionevrotisk ødem. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon besones preparatet inntil markørene for leverfunksjon går tilbake til normalen. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse og kvinner med diabetes bør monitoreres nøye spesielt de første månedene. En forverring av Crohns sykdom og ulcerøs colitt har vært assosiert med hormonell antikonseptjon. Kvinner med tendens til kloasma bør unngå å utsette seg for sollys eller ultrafiolette stråler. Hvis en av følgende tilstander foreligger kan kvinnen ha problemer med å sette ringen riktig på plass eller ringen kan falle ut: Livmorhalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. Svært sjelden er det rapportert at preparatet utilsiktet er satt inn i urinrøret og kan havne i urinblæren. Feilplassering bør derfor overveies som differensialdiagnose ved symp-

tomer på cystitt. **Interaksjoner:** Interaksjoner kan forekomme med legemidler som inducerer mikrosomale enzymer, noe som kan resultere i økt clearance av kjønnshormoner f.eks. fenytoin, fenobarbital, primidon, karbamazepin, hydantoiner, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramet, felbamet, ritonavir, griseofulvin og preparater som inneholder johannesurt. Noen kliniske rapporter antyder at den enterohepatiske sirkulasjonen av østrogen kan avta når visse typer antibiotika gis, f.eks. penicilliner og tetracykliner, noe som kan redusere konsentrasjonene av etinyløstradiol. Sikkerhet og effekt påvirkes ikke av behandling med antimykotika eller spermiedrepende midler. Andre legemidlers metabolisme kan påvirkes, ved at plasma- og vevskonsentrasjoner øker (f.eks. ciklosporin) eller reduseres (f.eks. lamotrigin). **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Hvis graviditet oppstår, skal ringen tas ut. Effekten ved bruk av preparatet under graviditet, er ukjent. Til tross for intravaginal administrering er intrauterine konsentrasjoner av prevensjonshormoner lik de nivåene som er observert hos p-pillebrukere. **Overgang i morsmelk:** Østrogen kan redusere mengden og endre sammensetningen av brystmelken. Bør ikke brukes under amming. **Bivirkninger: Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Hud: Akne. Nevrologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, nedsatt libido. Urogenitale: Smarter i bekkenet, ømme bryster, vaginit, genital kløe, vaginal utflod. Øvrige: Vektøkning, ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage, forstoppelse. Hud: Alopeci, eksem, kløe, utslett. Metabolske: Økt appetitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter, muskelkramper, smerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Svimmelhet, hypestesi. Psykiske: Følelsesmessig labilitet, humørsvingninger. Sirkulatoriske: Hetetokter. Syn: Synsforstyrrelse. Urogenitale: Cervicitt, cystitt, urinveisinfeksjon, genital pruritus, amenoré, ubehag i brystene, forstørrede bryster, brystsprenge, cervixpolypper, blødning under samleie, dyspareuni, cervix-ektopi, fibrocystisk brystsykdom, genital utflod, menoragi, metroragi, ubehag i bekkenet, premenstruelt syndrom, kramper i uterus, brennende følelse i skjeden, vond lukt fra skjeden, smerter i skjeden, vulvovaginalt ubehag, vulvovaginal tørrhet, dysuri, sykkelig trang til vannlating, hyppig vannlating. Øvrige: Fibroadenomer i brystene, ryggsmarter, tretthet, irritabilitet, utilpasshet, ødeme, følelse av fremmedlegeme. **Sjeldne (<1/1000):** Hud: Urticaria. Øvrige: Hypersensitivitet. **Oppbevaring og holdbarhet:** Graviditet: Østrogen og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Romtemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 117,40. 3 stk. kr 297,10.

Sist endret: 27.02.2009

REFERANSER: 1. Heuvel M.W. et al. Contraception; 2005;72:168-74 2. Oddsson K. et al. Hum Reprod; 2004;20:557-62 3. Milsom I. et al. Hum Reprod; 2006;21:2304-11

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 og annonseansvarlig

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

Pooja Parashar
Spesialistpraksis, Nesttun
E-mail: parashar@online.no
Tlf: 47 40 77 33

Design/layout

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

Forsidefoto

Erik Hagen

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2009/2010

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

Innhold

| | |
|--|----|
| ■ Redaktøren | 4 |
| ■ Leder | 5 |
| ■ Årsmøte | |
| NGFs representanter 2009 | 7 |
| Årsrapport NGF | 9 |
| Årsrapport Kvalitetsutvalget | 12 |
| Årsrapport NPE/NGF | 13 |
| Årsrapport STAN | 15 |
| Årsrapport Spesialitetskomiteen | 16 |
| Årsrapport NFOG's Educational Board | 16 |
| Årsrapport NFGO | 17 |
| Foreløpig regnskap NGF 2008 | 21 |
| Årsrapport EBCOG | 22 |
| Generalforsamling NGF 2009 | 26 |
| Kjære kollega! | 26 |
| Program NGF Årsmøte | 28 |
| ■ FUGO | |
| Årsrapport FUGO | 22 |
| Kjære FUGO medlemmer! | 23 |
| Generalforsamling og årsmøte FUGO 2009 | 25 |
| ■ Abstrakt | |
| Abstakt-samling | 32 |
| ■ Kurs/kongress | |
| Koloskopi-kurs 2009 | 55 |
| Kurs i Laparoskopisk kirurgi | 57 |
| NFOG Specialist Course 2009 | 58 |
| NFOG news | 59 |
| Kongresskalender | 59 |



21-3
2009



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2008-2009

| | | | | |
|---|-------------------------|--|----------------------------------|-----------------|
| Leder | Rolf Kirschner | Kvinneklubben, Rikshospitalet | rolf.kirschner@rikshospitalet.no | Tlf: 911 36 553 |
| Nestleder | Bjørn Backe | NTNU, Kvinneklubben St.Olavs Hospital | bjorn.backe@ntnu.no | Tlf: 900 35 427 |
| Vitenskapelig sekretær | Knut Hordnes | Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus | knut.hordnes@uib.no | Tlf: 915 38 874 |
| Kasserer | Torill Kolås | Sykehuset Innlandet Lillehammer | toril.kolaas@c2i.net | Tlf: 906 63 264 |
| Styremedlem og Redaktør Gynekologen (PSL) | Runa S. Aabø | Sandvika Spesialistsenter | raa@sandspes.no | Tlf: 415 18 715 |
| Sekretær (FUGO) | Ane Gerda Zahl Eriksson | Gyn. avdeling, Ringerike Sykehus | anegerda@hotmail.com | Tlf: 482 30 660 |
| Varamedlem | Kristin Skogøy | Nordlandssykehuset HF | kristin.skogoy@nlsh.no | Tlf: 952 75 910 |
| Varamedlem (for PSL) | Catarina Falck | Dybwadsgate Legesenter | catarina.falck@c2i.net | Tlf: 979 79 540 |
| Varamedlem (for FUGO) | Erik Andreas Torkildsen | Kvinneklubben, Stavanger Universitetssykehus | toea@sus.no | Tlf: 926 01 220 |

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

Fagets fremtid



Det er igjen tid for Årsmøte, og vi ønsker velkommen til Fredrikstad. Beliggende ved Glommas utløp og den vakre skjærgården Hvaler, er Fredrikstad vel verdt et besøk. Byens innbyggere er kjent for å være uhøytidelige og trivelige, og den lokale organisasjonskomite' ved Kvinneklinikken står

klar til å ta imot oss. Gamlebyen, grunnlagt i 1567 av Kong Fredrik II, er Skandinavias best bevarte festningsby. Her skal vi samles i tradisjonsrike omgivelser for "Get together". Programmet for øvrig er lagt til SAS Radisson Hotell på andre siden av elven.

Vitenskapelig sekretær kan med glede melde å ha mottatt langt flere abstrakt i år enn tilfellet har vært i tidligere år. Dette gjenspeiler en betydelig vitenskapelig aktivitet i fagmiljøet. Kvaliteten på bidragene skal også være meget god, så det ligger an til et stort faglig utbytte.

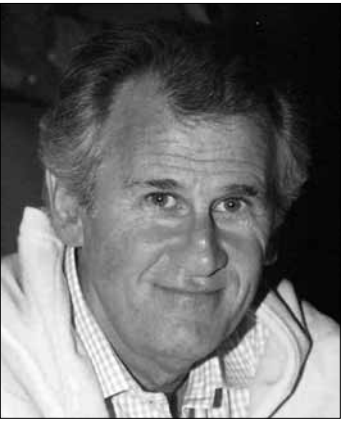
Årsrapportene synliggjør den store aktiviteten i foreningen. Svært mange kolleger er engasjerte og bruker mye av sin fritid til å drive faget og foreningen fremover. Som fagmedisinsk forening har vi stor mulighet til å påvirke fagets fremtid. I dette arbeidet er

foreningen helt avhengig av frivillig innsats fra medlemmene. Meld fra om du har interesse for å være med i styrer og utvalg- og si ja om du blir bedt om å ta din "tørn".

Den omfattende rapporten om fagets status og utfordringer, fremlagt av Tone Skeie Jensen i fjor, danner også i år bakgrunnen for den videre diskusjonen mht fagets fremtid. Spesialitetskomiteen ber om råd fra fagmiljøet vedrørende hvilke krav som skal stilles til fremtidens spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Komiteen vil under årsmøtet gjennomføre en spørreundersøkelse om krav og prosedyrelister i utdanningen. Representanter fra Overlegeforeningen og Yngre legers forening er inviterte til å komme med innspill i forhold til kjønnsfordeling, aldersfordeling og arbeidsforhold. Her er det rikelig med utfordringer å ta tak i. Vel møtt i Fredrikstad!



Kjære medlemmer



Dette skrives samme dag som ministeren legger frem "samhandlingsreformen" i Stortinget. Kanskje er det typisk for hans og regjeringens arbeidsmåte å gjøre det dagene før tinget tar ferie. Han har dratt på seg mange betegnelser i media det siste året, Dagens Medisin kalte ham "Høytalerhansen", og sikkert er det at det er blitt kastet opp mange baller det gangne året- uten at alle har kommet ned ennå.

Hvorfor denne innledningen- jo fordi mange av disse ballene har angått oss i NGF, og har krevet en innsats av styret og en del kompetente medlemmer mht utredning, møter, mediauttalelser etc. etc.

Både foreningsåret og kalenderåret har vært travelt, og det skal bli godt med ferie. Sola skinner utenfor, og selv om regnet slo i bakken i går så er det nesten glemt- slik som det nesten alltid går.

Nylig har det vært avholdt landsstyremøte i legeföreningen, der man foruten valget tok opp mange saker av relevans for oss- turnustjeneste, spesialistutdanning, reviderte regler for kirurgspesialiteten, delegering eller ikke av spesialistgodkjenningen bl.

a., og den evt. samhandlingsreformen vil jo også påvirke oss i sterk grad: minus 20 milliarder på spesialisthelsetjenesten og 2200 nye allmennleger? Upåvirket- vi? Mindre å gjøre med forebyggende medisin i kommunehelsetjenesten? Og- hvor er avtalespesialistene i alle disse reformene?

Straks etterpå møte i EBCOG, med samtidig utveksling av LISer, denne gangen i Ungarn. Den nye lederen for EBCOG; Peter Hornnes fra Danmark, har fått organisasjonen i fint driv, og der er det også mange utfordringer som direkte påvirker oss- ja; for hva slags utdanning har spesialistene fra mellomeuropa fått, de som nå strømmer i godkjente flokker til alle EU/EØS-land. Sykepleiere, jordmødre, gynekologer, what have we? Harmonisering av spesialistutdanningen er ikke bare hedersord. Men mon tro er vår egen best? Det siste spørsmålet er blant de ting vi kommer til å diskutere i Fredrikstad, og vi håper riktig mange tar seg anledning til å komme. Vi har jo satt av rikelig med tid til å diskutere spesialitetens dilemmaer- mye av det allerede skissert av Pepe Salvesen i den lille enqueten i nr 2, som vi regner med at alle svarer på. Vi regner med at det blir høytstående representanter fra både Yngre Legers Forening og Overlegeforeningen som deltar i debatten ved siden av Spesialitetskomiteen og styret, da alle problemene som skisseres angår alle ledd av legeföreningen.

Programmet er ellers topp, vi vet at det blir hyggelig sosialt i plankebyen (vi har vært der før i samme anledning), Knut melder at abstraktene strømmer inn, og med start fra New Zealand blir det knall! Up the Kiwis!! De faglige seminarene ser lovende

ut, store deler av faget vil bli belyst i løpet av de tre dagene vi skal være sammen, og i Fredrikstad fører man et sømmeligere språk enn på banketten i Bodø, så alle kan trygt komme!

Et samstemt styre ønsker dere alle en riktig fredelig sommer med godt vær, masser av reker, hvitvin, rødvin og biff---husk å melde dere på så ses vi i september!

I DAG KAN VI GJØRE MER



GARDASIL®

Vaksine mot humant papillomavirus
Type 6,11,16,18
Rekombinant, adsorbent

**Den firevalente
vaksinen som skal
beskytte mot
livmorhalskreft*
– for bred beskyttelse
og tidlig nytte**



Livmorhalskreft*



Premaligne genitale lesjoner

- Livmorhalsen
- Vulva
- Vagina



Eksterne kjønnsvorter

Forårsaket av HPV 6,11,16 og 18**



NGFs representanter 2009

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)

Lisbeth Brech (Rikshospitalet, Den norske jordmorforening)

Berit Lunden Hustad (Sørlandet sykehus HF Kristiansand,

Jordmorforbundet Norsk Sykepleierforbund)

Sist oppnevnt: 2007

Funksjonstid: til 2010

Mandat:

I 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:

Jardar Oma, leder (Sentralsykehuset i Vestfold) †

Ingeborg B. Engelsen (Haukeland Universitetssykehus)

Jostein Tjugum (Sentralsykehuset i Førde)

C
Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»
Vaksine mot humant papillomavirus

ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: *Hver dose inneh.:* Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydrokysulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Indikasjoner:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primær- og boostervaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativ 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 klarlagt. **Barn: <9 år:** Ikke anbefalt pga. utilstrekkelig data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. 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. Vaksineringsutsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksineringsutsettes ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** 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. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. 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. 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, 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 primær- og boostervaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisitet- 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 middelverditer var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amning:** *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksineringsutsettes til etter fullført graviditet. *Overgang i morsmelk:* Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Urticaria. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Blod/lymfef: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati, artralgi, myalgi. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av 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, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinene 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 L1 VLP-vaksiner beskytter ved å inducere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene 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-vaksinertypen. 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 vaksineringsutsettes. 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% antistoffpositive 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 primær- og boostervaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) for vaksineringsutsettes. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverditer observert 1 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. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksineringsutsettes. Passende kanyler 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 avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav.

Pakninger og priser: Ferdigfylt sprøyte med to kanyler: 0,5 ml 098722. Kr 1181,10

Godkjent SPC: 09.03.2009

Anton Langebrekke (Ullevål Universitetssykehus)
Marit Lieng (Ullevål Universitetssykehus)
Eilef Hellem (Sentralsykehuset i Vestfold)

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

Pooja Parashar

Sist oppnevnt: 2007

Funksjonstid: 4 år

Mandat: Ikke formalisert

GYNEKOLOGEN

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

Sist oppnevnt: 2007

Funksjonstid: 2 år

Mandat: Ikke formalisert

KVALITETSUTVALGET

Kåre Augensen (leder), Pål Øyan, Bjørn Hagen, Jan Martin Maltau

Sist oppnevnt: 2008

Funksjonstid: 4 år.

Mandat: ikke angitt

FUGO

Sissel Oversand, Ane Gerda Zahl Eriksson, Erik Andreas Torkildsen, Marte F. Myhre, Vilde Lehland, Cristian Tappert

Sist oppnevnt: 2008

Funksjonstid: 2 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. Internasjonalt samarbeid gjennom ENTOG og NFYOG.

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 obstetrikk og komme med forslag til nye prosedyrekoder innen fagområdet.

VALGKOMITEEN

Grete Riis-Johannessen, Ingard Nilsen, Ole-Erik Iversen,

Sist oppnevnt : 2008

Funksjonstid: 4år

ANDRE RELATERTE INSTANSER:

SPESIALITETSKOMITEEN

Kjell Å. Salvesen (leder), Tone Skeie Jensen, Klaus Oddenes, Bente Hjelseth, Kari Anne Trosterud (vara), Trond Melby Michelsen (Ylf), Elisabeth Magnussen Balstad (vara), Elisabeth Berge Nilsen Ylf (vara)

Sist oppnevnt: 2006

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.

NFGO

Helga Salvesen (leder), Bjørn Hagen, Mark M. Bæklandt, Kurt Sachse, Anne Beate Vereide, Jostein Tjugum, Ingard Nilsen (fra NGF). I tillegg 6 vararepresentanter

Sist oppnevnt: Opprettet 2008

Funksjonstid: ikke begrenset

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

EBCOG

Rolf Kirschner, Runa Sigrid Aabø (leder og PSL representant i NGF Styret utgjør den norske delegasjonen), Erik A Torkildsen (PWG representant)

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: 2009

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

Årsrapport

Norsk Gynekologisk Forening

Styret har i 2008 bestått av

Rolf Kirschner, Rikshospitalet, leder

Bjørn Backe, St.Olavs Hospital, nestleder

Knut Hordnes, Haukeland Universitets-sjukehus, vitenskapelig sekretær

Toril Kolås, Sykehuset Innlandet Lillehammer, kasserer.

Runa S. Aabø, Sandvika Spesialistsenter, PSL- repr. redaktør "Gynekologen".

Ane Gerda Erikson Zahl, Ringerike sykehus, FUGO- repr., sekretær

Varamedlemmer:

Kristin Skogøy, Nordlandssykehuset, Bodø

Catarina Falck, Dybwadsgt legesenter

Erik Andreas Torkildsen, Stavanger Universitetssjukehus.

Nettredaktør: **Pooja Parashar**, Bergen

Medredaktør "Gynekologen": **Tom Seeberg**, Tønsberg

Det har vært avholdt 8 styremøter, hvorav et i forbindelse med NFOG-kongressen i Reykjavik. I tillegg til de faste orienteringssakene fra NFOG/ EBCOG/ FIGO/ Legeforeningen og "andre", har styret behandlet 143 saker, noen over flere møter. Styret har tidlig konsentrert seg om å følge opp og innfri målene som ble satt på "tenkemøtet" i desember 2007:

- FaMe/ Faglig profil og påvirkning i Legeforeningen
- Gynekologen/Profil, hyppighet og format Nettsiden/Profil, debatt, medlemskommunikasjon
- Svangerskapsomsorgen/"Jordmorpolitikk"
- CIN/HPV/Kontroll og behandling, vaksinerings
- Veiledere/Eierskap, ferdigstilling, utseende og format
- Årsmøte 2010/Stedsvalg

Medredaktør Tom Seeberg og nettredaktøren Pooja Parashar har møtt på en rekke styremøter, i tillegg til at varamedlem har møtt i samband med årsmøtet i Bodø. Leder av spesialitetskomiteen Tone Skeie-Jensen, Radiumhospitalet, har vært tilstede på et møte og Gith Eng ved Ringerike Sykehus har møtt til "Haydom-saken".

Varamedlemmene har blitt tilsendt alle innkallinger, referater og øvrige sakspapirer som styret har mottatt.

Det kan trygt sies at 2008 har vært et travelt år for styret, mye pga økende deltagelse i Legeforeningens arbeid internt og eksternt og mye pga. den nye helseministerens mange utspill.

Medlemstall

010108: 796 medlemmer, hvorav 6 assosierte og 167 ikke-spesialister

311208: 828 medlemmer, hvorav 186 ikke-spesialister.

Oppnevninger/representasjon

For fast representasjon i styrer, råd og utvalg henvises det til "Gynekologen" og foreningen nettside.

Øvrige:

- Ingard Nilsen, UNN, representant i OVANOR
- Mette Løkeland, Haukeland, deltok ved konferansen "Kvinner som har gjennomgått abort"
- Pål Øian, UNN, deltok ved NPEs 20-års jubileum
- Christian Bjelke, Kristiansund, som medlem av Nasjonalt Råd for fødselsomsorg
- Ole Erik Iversen, Haukeland, i tillegg til et

styremedlem ved fagdag om HPV 20. mai

- Rolf Kirschner, Rikshospitalet, valgt til EBCOG-Executive 2009-2011. Runa Aabø og Rolf Kirschner representerer NGF i EBCOGs Council, der PWG er representert ved Erik Andreas Torkildsen.
- Finn Egil Skjeldestad, St. Olav, oppnevnt og søkt frikjøpt for å forberede protokollutkast til gjennombrudds-prosjekt "Keisersnitt II".
- Per Bergsjø, Eszter Vanky, St Olav, Anne Eskild, AHUS og Line Bjørge, Haukeland, som kst nasjonal medredaktør "ACTA"
- Tone Skeie-Jensen, Rikshospitalet-Radiumhospitalet, reoppnevnt i Legeforeningens/LMI råd vedr. legemiddel-informasjon
- Anny Spydslaug, UUS, til Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse: Kunnskapsspredning om perinealskader ved fødsel.
- Leder er medlem av styret i NFOG. NGF er ellers representert ved leder av Spesialitetskomiteen Tone Skeie Jensen i utdanningsnemnden og vit.sekr. Knut Hordnes i den vitenskapelige nemnden. Styret var oppnevnt som delegater ved NFOG-årsmøtet ved kongressen i Reykjavik
- Utvalg for prosedyrekoding: Anny Spydslaug UUS, Anne Zandjani, Ski, Stian Westad, Lillehammer.
- Erik A. Torkildsen var oppnevnt i arbeidsgruppe mhp endring av Dnlfs lover vedr. LIS-representasjon i FaMe

I tillegg har de ulike styremedlemmene deltatt i og vært innledere og foredragsholdere ved en rekke konferanser og høringer både innad i Legeforeningen, i FaMe, i (S)HDir, i HOD og på Stortinget.

Vedtak

NGF vedtok å støtte beslutningen om å legge NFOG-kongressen 2012 til Bergen med Knut Hordnes som leder av kongresskomiteen.

Avtale med tidligere regnskapsfirma sagt opp og ny avtale tegnet med firma Visma etter anbefaling av Dnlf.

NGFs logo kan brukes av medlemmene etter Legeforeningens regler

Laparoskopiutvalget vedtatt støttet videre, bevilget kr 30 000 til rekrutteringsformål

Arendal valgt som årsmøtested for 2010.

Mandat for lokalkomiteen ved NGFs vårmøter utarbeidet

Instruks for nettredeaktør 2008-2011 utarbeidet.

Felles forslag fra fem fagmedisinske foreninger om tema for Legeforeningens statusrapport for 2010: Belastninger i tidlige livsfaser- hva vet vi, og hva må gjøres?

Viktige saker

Gynekologen:

Styremedlem Runa Aabø fikk frie hender for å utvikle "Gynekologen", i tillegg til at styret fikk innvilget ekstraordinære midler til arbeidet etter søknad til Legeforeningen. Med bakgrunn i det utmerkete arbeidet som var blitt utført av de tidligere redaktørene, hadde styret ønsket fortsatt å ha et papirbasert organ. Etter at styret kunne støtte den prosjektbeskrivelsen som ble fremlagt, ble nyutviklingen en stor suksess.

Afrika-prosjektet:

En gjenganger var arbeidet med å starte et medisinsk prosjekt i Afrika. Det ble oppnådd kontakt både i NFOG mht såkalt "twinning" gjennom FIGO, og med NORAD og det internasjonale kontoret UUS/UNN/Haukeland. Det viste seg at NGF gjennom NFOG/FIGO kan assistere Danmark med organisasjonsbygging i Nigeria, mens det var klart at et videre engasjement via NORAD/ evt. Malawi, ikke var realistisk.

Grenspesialitet Gynekologisk onkologi:

Dette prosjektet fortsatte, men kontakten

opp mot myndighetene var særst vanskelig. Etter et møte i HOD medio februar med det formål å få saken gjenopptatt i Nasjonalt Råd for prioritering etc. sto saken i stampe på tross av et flertall purringer gjennom Legeforeningen. Det ble redegjort for utviklingen på medlemsmøtet i Bodø.

Årsmøtet i Bodø:

Arbeidet med årsmøtet 2008 i Bodø fortsatte gjennom året og som tidligere redegjort for, ble det en suksess vitenskapelig, sosialt og økonomisk. Tradisjonen med en invitert plenumsforeleser, denne gangen professor Wolfgang Holzgreve fra Basel, ble igjen vellykket. FUGO arrangerte et glimrende LIS- kurs om fosterovervåking i forbindelse med årsmøtet, og NUGG holdt sitt jubileumsseminar i forkant av møtet, som ellers er referert i Gynekologen.

Styrets punkter på dagsorden var:

Orientering om grenspesialitet gynekologisk onkologi

Veileder- eierskap og juridisk status

Lege- etiske spørsmål

Medlemmenes syn på NGLR

Veileder i fødselshjelp:

Ved hjelp av ekstraordinære tiltak kunne Veileder i fødselshjelp ferdigstilles og legges på nettet. Beslutningen om bare nettbaserte versjoner har ikke forenklet arbeidet, spesielt som Legeforeningens nettredeaksjon hadde mye arbeid å utføre i samband med foreningens egne service-sider "Min side". Faget er i kontinuerlig utvikling og det forutsettes at redaksjonen snart må starte nytt revisjonsarbeid.

Vårkurset:

Vårkurset 2008 gikk av stabelen på Rikshospitalet med arrangementskomiteen ved Ahus assistert av styret og koordineringskontoret, da Ahus ikke ble ferdigstilt i tide. Kurset var en viktig tilvekst til NGFs miljø, med 80+ deltagere som bivånte gode og relevante foredrag. Arrangementet ble oppfattet som så viktig

at styret ba Stavanger Universitetssjukehus om å gjenta ditto i 2009.

Svangerskap, fødsel og barselomsorg:

Dette emnet opptok mye av styrets energi i 2008, både HODs forslag til nasjonal strategi for svangerskap, fødsel og barselomsorg, som etter hvert måtte skrinlegges, så vel som andre saker som "Aksjon mot Fødekaos", jordmødre som spiralinnsettere, allmenleger som ultralydutøvere og private jordmordklinikker og jordmorutdanningen. I de fleste henseender er jordmødrene våre samarbeidspartnere og allianser, i noen tilfeller ikke, slik at vi inviterte til et nærmere samarbeid med Jordmorforeningene. Styret var representert på flere konferanser i sakens anledning, ved leder, nestleder Bjørn Backe og kasserer Toril Kolås. Styret var representert ved Jordmorforeningens 100-årsjubileum i Oslo Rådhus og overrakte gave.

Strukturdebatten om faget:

Komiteen som arbeidet med dette presenterte arbeidet sitt på årsmøtet. Leder av spesialitetskomiteen, Tone Skeie Jensen, som også var oppnevnt som leder av denne komiteen, var til stede på et styremøte for å forberede saken og også diskutere kirurgiutdannelsen i faget. Begge er spørsmål som det arbeides videre med og som også vil bli tatt opp bredt på fagseminaret ved årsmøtet i 2009. I sakens anledning var president Torunn Janbu og generalsekretær Terje Vigen til stede på et styremøte

FaMe:

Leder har vært valgt inn som et av 5 medlemmer i den kirurgiske delegasjonen i FaMe (fagmedisinske foreninger i Legeforeningens landsstyre). Denne nye søylen i foreningen har blitt tillagt stor vekt mht Dnlf utvikling og arbeid opp mot myndighetene. NGF har vært en aktiv pådriver i dette arbeidet i mange år som spesialforening, og gjennom FaMe har man fått et nytt talerør. Vi har vært aktive og hørbare i dette arbeidet, og leder samt vitenskapelig sekretær sto for en stor del

av fagdagen høsten 2008, da man diskuterte retningslinjer og veiledere og de juridiske sider og eierskapsforholdene ved disse, bl. a. med bakgrunn i erfaringene høstet i arbeidet med GBS- saken

FIGO.

Det er blitt utformet en uttalelse til FIGO vedr. elektiv hymenalkirurgi samt at mange henvendelser er blitt bekreftet, vurdert og delegert.

HPV- saken.

NGF har i flere fora, på råd fra sitt rådgivende utvalg, støttet innføring av HPV- vaksinen. I løpet av året var det innkalt til flere drøftinger i SHdir der argumentasjonen ble fremført. I tillegg har styret hatt formelle og uformelle kontakter i samband med debatten som foregikk på mange arenaer, ofte støttet av Ole-Erik Iversen og Bjørn Hagen fra rådgivningsgruppen. Det var med tilfredshet at styret noterte at NGFs standpunkter vant fram i Nasjonalt Råd.

Helsetilsynet.

NGF hadde påklaget HTs behandling av tilsynsmeldingen av fødeinstitusjoner av 2007 i media og bedt om et møte. På møtet fremla vi de innvendinger mot den noe skjeve og populistiske måten meldingen var fremlagt på i media. Tilsynets representanter godtok innvendingene og styret fikk inntrykk at man tok kritikken alvorlig.

Hormonelle prevensjonsmidler:

Da det etter meldinger om tromboemboliske episoder og bekymringsmeldinger til LMV i media fremkom ulike oppfatninger om slike mellom ulike legegrupper, ble det avholdt flere konferanser i Legeforeningens regi for å samkjøre synspunktene. Det ble også avholdt konferanser der LMV og Kunnskapssenteret var til stede. Flere av styremedlemmene var involvert i tillegg til enkeltmedlemmer.

Medikamentell abort i privatpraksis:

Etter behandling på PSL- gruppens formøte

i Bodø ble dette spørsmålet ført videre ved en prosjektkomite bestående av Runa Aabø, Hilde Sundhagen, Kristina Johannessen og Ole Erik Iversen. Prosjektgruppen kontakter styret for oppfølgende behandling av saken opp mot myndighetene, da det muligens trengs en lovendring.

Gjennombruddsprosjekt "Keisersnitt II":

Det er interesser i Legeforeningen for å kjøre et nytt prosjekt, hvorfor NGF stilte som garantist for at UNN skulle kunne oppbevare det tidligere materialet og for å ansette Finn Egil Skjeldestad som prosjektmedarbeider for å lage protokoll.

NGFs Jubileumbok:

Det fremkom opplysninger om at det forelå et restlager på ca 300 bøker som ble laget i anledning NGFs 50-års jubileum i 1996. Redaktørene, Mette Moen, St. Olav, og Per Børdahl, Haukeland påpekte at meningen opprinnelig hadde vært at alle nye spesialister skulle ha mottatt den. Styret iverksatte da ved hjelp av Dnlfs medlemsavdeling utsendelse til alle de som hadde oppnådd spesialiteten i de mellomliggende år og bestemte at dette skulle fortsette som opprinnelig bestemt.

Søkt Dnlf som ekstrabevilgning og mottatt kr 60 000 som ble fordelt slik: "Gynekologen" kr 30 000, FUGO kr 30 000. Tidligere bevilget kr 30 000 til kvalitetsarbeid, dvs drift av kvalitetsutvalget/veilederne.

Leder deltok på Dnlfs landsstyremøte i Oslo som FaMe- medlem.

Høring

Styret har gjennomgått og avgitt uttalelser på følgende høringer, internt i Dnlf eller eksternt (gjennom Dnlf):

- Utvikling av helsekort til gravide
- Anmodning til uttalelse til forslag til endringer i Helsinki- deklarasjonen
- Dnlf: Landsstyresak: Forslag om endringer i Legeforeningen lover.
- Godkjenning av norsk forening for

- smertemedisin som spesialforening
 - Utredning om spesialistutdanning av leger
 - Behovet for offentlig initierte kliniske studier for å understøtte prioriteringsbeslutninger
 - Statusrapport om helstjeneste til ikke-vestlige innvandrere
 - Etablering av arenaer for utstilling av medisinsk- teknisk utstyr
 - Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling
 - Endring i helsepersonelloven for å styrke barns stilling
 - Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling
 - Revidert veileder om antibiotika i allmennpraksis
 - Forslag om endringer i utvalget av legemidler utenom apotek
 - Omstillingsprogrammet: innsatsområde I; Hovedstadsprosessen
 - Prosjekt stillingsstruktur for leger
 - Urologi som egen spesialitet
 - Arbeidsmiljøloven
 - Tilgang til behandlingsrettede helseregistre på tvers av virksomhetsgrenser og etablering av virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre
 - Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes.
- m.fl

Styret NGF v/leder Rolf Kirschner

Årsrapport Kvalitetsutvalget

Sammensetning

Line Bjørge, Haukeland Universitetssykehus, Leder inntil 5. september.

Kåre Augensen, Haukeland Universitetssykehus, Leder fra 5. september

Bjørn Hagen, St. Olavs hospital, Redaktør for Veilederen i gynekologisk onkologi

Pål Øian, Universitetssykehuset Nord-Norge, Redaktør for Veilederen i fødselshjelp

Jan Martin Maltau, Universitetssykehuset Nord-Norge, Redaktør for Veilederen i gynekologi

Kvalitetsutvalgets hovedarbeid er utarbeidelse og oppdatering av de ulike veilederne. Disse finnes alle siden våren 2005 i nettbasert versjon og vil heretter ikke komme i papirversjon. Hver av de respektive redaktører er ansvarlig for oppdateringer. For hver av de tre veilederne er det også oppnevnt en redaksjonskomité som samhandler med redaktøren. Kvalitetsutvalget vil heretter tilstrebe en fortløpende revisjon av veilederne. Nettsidene hvor veilederne er å finne er godt besøkte.

Revisjonen av veilederen i obstetikk ble slutført i 2008. Nettversjonen har fått en meget praktisk utforming: kapitlene kan redigeres i Microsoft Word og slik tilpasses lokale forhold på det enkelte sykehus. Veilederen i gynekologisk onkologi ble ferdig revidert i mai 2009; kapitlene er oversendt

legeforeningens nettreddaksjon. Revisjonen av veilederen i generell gynekologi påregnes avsluttet før sommeren 2009.

Kapitelforfatterne har nedlagt et stort og uegennyttig arbeid. Imidlertid har revisjonsarbeidet blitt til dels betydelig forsinket fordi noen av kapitlene ikke har blitt revidert innen de frister som har blitt satt. Enkelte av hovedforfatterne har heller ikke reagert på purringer. For noen få kapitler har redaktøren til slutt resignert. Disse kapitlene blir foreløpig stående uendret fra tidligere versjoner. De skal så revideres som ledd i den fortløpende revisjonen som planlegges.

Kvalitetsutvalget kan ikke godta at noen ganske få kolleger forsinker arbeidet med veilederne med over et år. Vi vil heretter avsette hovedforfattere som ikke reagerer på flere purringer etter at innleveringsfristen er passert. Ferdigstillelsen av kapitlet må da overlates til andre.

Enkelte av kapitlene skjemmes av ortografiske feil, dårlig språkføring og regelrett slurv når de sendes inn til redaktøren. Dette forsinker også arbeidet. Det må kunne forventes at forfatterne leser ordentlig korrektur, eventuelt med hjelp fra andre, før de sender kapitlet fra seg. En spesiell takk til konsulent Turid Skjelstad Bakkevoll ved Kvinneklinikken,

Universitetssykehuset Nord-Norge. Hun har brukt mye tid på korrekturlesing, formatering og "lenkeråtesjekk" i veilederne for obstetikk og generell gynekologi.

Helsedirektoratet ønsker å utarbeide et nasjonalt handlingsprogram for gynekologisk kreft. Slike handlingsprogrammer finnes allerede for brystkreft og flere tarmkreftformer. De gynekologiske kreftformene som er aktuelle er "de tre store": cervix-, corpus- og ovarialcancer. Vi er fra kvalitetsutvalget positive til et slikt samarbeid og planlegger et møte med Helsedirektoratet kort etter at den oppdaterte nettversjonen av veilederen foreligger. Fra vår side møter Bjørn Hagen, Kåre Augensen og hver av de tre kapitlenes hovedforfatterne. Det er viktig at nasjonale retningslinjer og handlingsprogrammer utgår fra Norsk gynekologisk forening og er i overensstemmelse med kapitlene i veilederne. Det kan vi oppnå ved at våre fremste fagfolk utarbeider kapitlene, at de godkjennes av kvalitetsutvalget og at en samlet forening står bak dem. Arbeidet med nasjonale retningslinjer for gruppe B-streptokokker, omtalt i kvalitetsutvalgets årsrapport for 2007, ga oss nyttige erfaringer.

Bergen 2. juni 2009

Kåre Augensen

Årsrapport NPE/NGF

Erstatningssaker i fødselshjelp og gynekologi: Hva kan vi lære i et kvalitets- og skadeforebyggende perspektiv?

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 bistod NPE med å søke de prosjektmidler (NOK 300.000) som Legeforeningens Kvalitetssikringsfond II innvilget. Sammen med NPEs eget bidrag (NOK 100.000) vil dette finansiere den studien som nå er igangsatt med å analysere ca. 300 medholdssaker fra fødselsskadeområdet. Sommeren 2008 ble det ansatt en stipendiat som skulle gjennomføre prosjektet med Pål Øian som veileder.

Etter at Mads Morten Nøjd tiltrådte som ny medisinsk fagsjef i NPE høsten 2008 har han hatt ansvar for å drive prosjektet framover på vegne av NPE. En sentral problemstilling har vært samtykke fra pasientene. Ettersom REK på forespørsel karakteriserte prosjektet som kvalitetssikring og det dermed ikke fantes hjemmel for å søke Helsedirektoratet om dispensasjon fra taushetsplikten, har vi

måttet henvende oss til involverte pasienter/foresatte for å be om samtykke til bruk av data i studien. Prosessen med avklaring av formalia og henvendelse til pasienter/foresatte har vært tidkrevende og har ført til flere måneders forsinkelse av prosjektet. Parallelt med dette arbeidet har stipendiat og veileder utarbeidet arbeidsskjema for datainnsamlingen, og prosjektet har etter melding blitt anbefalt av personvernombudet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Etter at stipendiaten sa opp stillingen i januar 2009, allerede før formell tiltredelse og før formalitetene ved prosjektet var endelig avklart, er assistentlege Stine Andreasen (Kvinneklinikken, Nordlandssykehuset Bodø) ansatt som ny stipendiat (40 % stilling i 12 måneder) for å gjennomføre studien. Hun tiltrådte 20. mai og starter datainnsamlingen sammen med Pål Øian i uke 24. Pr. dags dato og før full effekt av purrehenvendelser kan medregnes, har totalt ca. 60 prosent av de forespurte pasientene/foresatte gitt samtykke til deltakelse i studien. Vi arbeider nå ut fra en målsetting om at den aktuelle studien skal være avsluttet sommeren 2010. Prosjektmidlene er innvilget Norsk pasientskadeerstatning som "eier" av prosjektet. Professor Pål Øian har påtatt seg det faglige ansvaret for prosjektet, og Universitetssykehuset Nord-Norge HF er behandlingsansvarlig. Vi ser på NGF som initiativtaker til og samarbeidspartner i

prosjektet, og vil referere til prosjektet som et samarbeidsprosjekt med NGF. NGFs styre v/ styreleder Rolf Kirschner ble oppdatert om status i arbeidet i e-post 19.05.2009, der NGF også ble invitert til å komme med eventuelle innspill på kontakt- og samarbeidsform under prosjektets videre gang.

Utgangspunktet for samarbeidet mellom Norsk gynekologisk forening og NPE var at man ønsket å få fram relevant og viktig kunnskap fra NPEs data innen hele spesialistområdet Fødselshjelp og kvinnesykdommer (både innen fødselshjelp og gynekologi). NPE er fortsatt interessert i og innstilt på å bidra til tilsvarende studier/forskning også når det gjelder gynekologisakene. Organisering og tilknytningsform til slike prosjekter vil måtte vurderes i lys av NPEs tilgjengelige ressurser til enhver tid. Uansett er det grunn til å anta at erfaringene fra arbeidet med fødselsskadeprosjektet vil komme til nytte i det videre arbeidet med forskning på NPEs data – både innen fødselshjelp- og gynekologi, og også på andre områder.

Oslo, 8. juni 2009

Norsk pasientskadeerstatning

Rolf Gunnar Jørstad

Mads Morten Nøjd

Zidoval[®] gel

metronidazol 0,75%

Til vaginal behandling av
bakteriell vaginose



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

Referanser: Se preparatomtalen.

MEDA

Zidoval gel

metronidazol 0,75%

Til vaginal behandling av
bakteriell vaginose

c Zidoval «Meda»

Kjemoterapeutikum.

ATC-nr.: G01A F01

VAGINALGEL 0,75%: 1 g inneholder: 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 blod- dyskrasi. 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 serum-

konsentrasjonene 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/Amning: *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, uregelmessige 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 melkesyrebakterier i vagina. *Absorpsjon:* Absorberes i meget liten grad systemisk. *Metabolisme:* I leveren ved oksidasjon av sidekjeder og glukuronidkonjugering. *Utskillelse:* Både uforandret medikament og metabolitter utskilles hovedsakelig i urinen.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares < 25° C.

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

Pakninger og priser: 40 g med 5 engangsapplikatorer kr 141,20.

Sist endret: 13.06.2007 (priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

Referanser:

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

MEDA

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

Årsrapport STAN

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

1. Være ansvarlig for kapitlene om fosterovervåking i den reviderte "Veileder i fødselshjelp 2005". Oppdatering av kapittel 41. april 2008.
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 av det årlige erfaringsmøte som er for alle som bruker STAN overvåking.

Styre (som består av tre faste leger):

Tore Henriksen, Seksjonsoverlege ved Rikshospitalet, leder
Branislava(Branka) M Yli, Universitetslektor Rikshospitalet, Det medisinske fakultet, UIO
Torunn Eikeland, Seksjonsoverlege ved Haugesund fødeavdeling

Medlemmer (1 lege og 2 jordmødre) (2007-2009):

Jørg Kessler, overlege ved Haukeland universitetssjukehus
Kristin Lie, Jordmor ved Stavanger universitetssjukehus (Den norske jord-morforening)
Berit Lunden Hustad, Fagutviklings-jordmor ved Sørlandet sykehus Kristiansand (Jordmorforbundet Norsk Sykepleierforbund)

1. Gruppen var faglig ansvarlig for kurs i fødselsovervåking organisert fra FUGO. September 08 Det var 40-50 deltagere
2. Fra januar 2008 har vi STAN web-sider knyttet opp til Norsk Gynekologisk forenings sider. På STAN web-sider presenterer vi gruppens sammensetning, mandat og arbeid, samt oppdaterte publikasjoner vedrørende fødselsovervåking. Videre beskrives hvordan sykehusene kan sende kasus elektronisk og hvilke kliniske opplysninger vi ønsker med.
3. Gruppen har blitt informert fra Neoventa Medical Sverige om muligheten for utvikling av Web basert læring om fødselsovervåking i Norge. Gruppen har besluttet å søke midler for å kunne på sikt tilby web basert fødselsovervåking læring.
4. STAN Erfaringsmøte 16. oktober 2008 i Kristiansand. Møtet var meget bra organisert av lokal STAN komiteen, ca 100 deltagere. Referanse gruppen på møtet 15.10 gjennomgikk programmet for erfaringsmøtet samt alle de 8 registreringer som skulle demonstreres. Det var blanding av foredrag og gjennomgang av kasus som ansvarlige fra sykehusene selv presenterte for Referanse gruppen dagen før møtet
5. Evaluering med skriftlig besvarelse av 6 tilsendte kasus.

24.06.09 Branka M.Yli

Årsrapport Spesialitetskomiteen

Spesialitetskomiteen er oppnevnt som sakkyndig og rådgivende organ for Sentralstyret i saker relatert til spesialistutdanningen. Komiteens mandat er omfattende, fordi man "skal ha oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for videre- og etterutdanning". Våre primæroppgaver består i å vurdere spesialistutdanningens innhold og kvalitet, og utdanningsinstitusjonenes tilrettelegging av utdanningen. I tillegg vurderes kursvirksomheten, med spesielt ansvar for de obligatoriske kursene. Vårt arbeid avhenger av et godt samarbeid med fagmiljøet, representert ved Norsk Gynekologisk Forening (NGF). Det foreligger et politisk vedtak om at godkjenningsmyndigheten for norske legespesialister skal overføres fra Legeforeningen til sentrale helsemyndigheter. Foreløpig har dette ikke hatt innvirkning på det praktiske arbeidet i Spesialitetskomiteen. Vi fortsetter som før inntil vi får beskjed om endringer.

Komiteen har de siste par år fokusert på gruppe I avdelingene, fordi vi gjennom årsrapportene har fått inntrykk av at forskning og fagutvikling ikke er en godt nok integrert del av spesialistutdanningen ved alle utdanningsavdelinger. Det er vårt inntrykk at det foregår for liten forskningsaktivitet både blant LIS (leger i spesialisering) og blant overleger. Dette skyldes ikke mangel på interesse eller engasjement, men manglende tilretteleggelse ved den enkelte avdeling. Legene bruker all tid til den produktionsrettede delen av virksomheten, og det er i alt for liten grad lagt til rette for forskning. Dette gjelder spesielt for de små gruppe I avdelingene. Det har de siste årene heldigvis vært en positiv utvikling ved universitetsklinikkene, både i antall doktorgrader og antall publikasjoner. Det er også gledelig å se at minst to av de mindre gruppe I avdelingene har tatt grep for å øke sin forskningsaktivitet. Spesialitetskomiteen vil fortsatt ha fokus på dette problemområdet.

Det siste året har komiteen arbeidet med

oppfølgingen av Skeie-Jensen utvalgets rapport : Status og utfordringer for faget fødselshjelp og kvinnesykdommer. Det kom frem i rapporten at det tar i gjennomsnitt 8,5 år å utdanne en norsk spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Vi utdanner ca. 20 spesialister i Norge hvert år og importerer ca. 20 spesialister fra utlandet. Av importerte spesialister er det ca. 25% som blir i Norge. Beregninger viser at det vil bli mangel på spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer i Norge fra 2017 og fremover. Vi har derfor gått gjennom flaskehalsen i utdanningsløpet for å se om noen kan fjernes, slik at vi kan utdanne flere spesialister på kortere tid. Flaskehalsene vil bli diskutert med fagmiljøet på årsmøtet i Fredrikstad.

Vi minner om at våre nettsider i Gynekologen oppdateres med nyheter om utdanningsspørsmål. Spesialitetskomiteen ønsker innspill fra fagmiljøet i forhold til å bedre spesialistutdanningen.

Juni 2009, Kjell Åsmund Salvesen

Årsrapport NFOG's Educational Board

NFOG's Educational Board består av lederene 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. Årets møte holdes i København i november 2009. Tema er "Vulvasykdommer", og program finnes på NFOG's hjemmeside. Problemet ved disse

møtene har vært en begrenset oppslutning, og utfordringen blir å øke deltakelsen fra de nordiske landene, inkludert Norge.

Juni 2009, Kjell Åsmund Salvesen

Ársrapport NFOG

The Board of Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG)

Seija Grénman, Finland, President

Ragnheidur I. Bjarnadottir, Iceland, Secretary General

Martin Stjernquist, Sweden, Treasurer

National representatives:

Morten Lebech in January 2008 (DSOG),

Juha Tapanainen (SGY),

Arnar Hauksson (FIFK)

Rolf Kirschner (NFG)

Charlotta Grünwald followed by **Ulf Höberg** in November 2008 (SFOG).

Other members of the board:

Reynir T. Geirsson, Iceland (Acta)

Lars-Åke Mattsson (Chairman of Scientific Committee)

Anders Atke, Denmark (Chairman of Educational Committee)

Stig Hill, Norway (Chairman of NFOG)

Peter Secher, Denmark (Webmaster),

Thora Steingrimsdottir, Iceland, Congress President of NFOG 2008

Ditte Trolle (Denmark), Internal Auditor

Nils-Erik Backas (Finland), Internal Auditor

Bo Hendriksen, Aaen & Co External Auditor

Board meetings

During 2008 the Board of NFOG had 4 meetings, one of which was a telephone meeting in November.

Economy, budget, accounts

The economy of NFOG in 2008 was in good balance under the surveillance of the treasurer Martin Stjernquist. The total income was 2.182.422 compared with the budget for the year 2008 which was 2.210.000. The income consisted of membership and subscription fees and payment from Taylor & Francis. The cost of the board meetings in 2008 was 368.884 DKK (budgeted 500.000 DKK). Expenses for the Scientific and Educational Committees (incl. Hot Topics) were 203.316 DKK, (budgeted 200.000 DKK). The preliminary operating result for the year was 368.448

DKK (budgeted -170.575). The preliminary net financial expenses for 2008 are 4 DKK (budgeted 150.000). The preliminary result for the year is 957.077 DKK. Surprisingly, in the light of the financial crisis, NFOG had a financial income of 407.254 DKK. This is due to the fact that financial assets are safely placed in bonds and on short term cash deposits. The preliminary result for the year is 368.448 DKK. In conclusion the NFOG finances were regarded to be in good positive balance and the surplus will be used for Special Initiatives.

NFOG 2008

The XXXVI NFOG congress was held in Reykjavik, Iceland 14-17 June 2008. Thora Steingrimsdottir was the Congress President. Participants were 904 in total, from over 25 countries. There were 93 invited speakers and Dorothy Shaw, President of FIGO, was the keynote speaker. The scientific program consisted of 5 plenary lectures, 26 sessions, 7 free communication sessions and 3 sponsored symposia. The number of posters was 100. The congress was considered well organized with a high scientific standard and lively social program. The negative aspect was that it left no surplus and part of the guarantee sum of 320.000 DKK previously agreed to by the NFOG board was thus needed. The severe devaluation (22%) of the ISK in March affected the congress budget seriously. Fortunately, the financial problems that Iceland suffered after the congress did not influence the congress economy, as most accounts had already been settled.

General Assembly

The General Assembly, which was held during the congress, decided to invest in Acta and in Special Initiatives. The Assembly gave its approval of using the NFOG Board reserve of 500 000 DKK for the above purpose. It was suggested to create a fund similar to the Danish FIGO fund to support research, especially in the global perspective. It was decided that the NFOG board will present a draft of such a NFOG fund at the next General Assembly.

Acta

Reynir Geirsson was the chief editor of Acta in 2008. The publisher of Acta in 2008 was Taylor & Francis. Eva Christina Sterner has continued as the Editorial assistant for the Chief Editor. The impact factor of Acta reflects a good scientific profile. The rejection rate had increased and was now 69.7 %. Acta has been gradually changing to the electronic submission system. The economy of Acta has been favorable.

Support to education and co-operation

The board of NFOG started the NFOG Visitor Program in 2003 and altogether 24 specialists have visited another Nordic country within this program. In 2008, 2 specialists received support from the Visitor Program. The visitors were: Knut Hakon Bakke from Norway and Thea Brummer from Finland. The feedback on the program has been very positive. A new opportunity for scientific collaboration has been announced during 2008, "the NFOG Collaborative Program". The aim of this program is to encourage scientific collaboration between at least two Nordic countries. Four applications were approved.

FIGO and Twinning program

Jerker Liljestrand is the honorary treasurer of FIGO and a corresponding member of the Safe Motherhood Committee. He has kept the board informed about the twinning project, which FIGO has organized to 12 developing countries to strengthen their National Societies of Obstetricians and Gynecologists. Amongst the countries left for twinning to the Nordic countries are Pakistan and Nigeria. Pakistan has been twinned to Sweden and Nigeria has been twinned with Denmark. NGF has offered to assist DSOG in twinning with Nigeria.

EBCOG

Peter Hornnes was elected president of EBCOG in November 2008. He had previously been treasurer of EBCOG. Rolf Kirschner was elected executive member.

Website (www.nfog.org)

The NFOG website was established in 2001. Peter Secher is the webmaster of www.nfog.org.

Since the beginning, the website has gained an increasing number of visitors. The number of daily visitors has increased steadily from an average of 20 in 2004 to about 40 in 2008.

In 2008 the activities consists of:

- The publication of the board meeting minutes was introduced.
- The thesis registry has been updated regularly
- The thesis registry lottery was introduced, in order to attract authors to submit new theses.
- An introduction to the members of how to get free internet access to ACTA.
- Various courses of interest to Nordic colleagues have been made available to visitors and frequently updated.

Committees

Lars-Åke Mattsson was the chairman of the Scientific Committee in 2008. The Scientific Committee participated actively in preparing the program of NFOG 2008 and selected abstracts for oral and poster presentations, as well as recipients of awards and scholarships. Anja Pinborg was chosen recipient of the Young Scientist award of 2008. The aim of the Lillehammer Scholarship is to give young physicians the opportunity to visit other countries to learn about other health care systems. The recipients of the Scholarship in 2008 were Marija Simic and Sofia Ström.

Anders Atke was the chairman of the Educational Committee in 2008. The Educational Committee developed a new model for educational courses in 2008 to replacing Hot Topics meetings.

NFYOG

NFYOG has been represented by Stig Hill. NFYOG held a Pre-congress symposium "Obstetrics, a threatened specialty" at NFOG 2008. The support from NFOG to NFYOG in 2008 has been 100 000 DKK.

General

The aim of the present NFOG board is to enhance clinical and scientific collaboration between the Obstetricians and Gynecologists in the Nordic countries. The NFOG Visitor program has been conducted since 2003 and in 2008 NFOG introduced a travel grant to promote Nordic cooperative projects in research, diagnosis and management of rare diseases within the field of Obstetrics and Gynecology. The president of NFOG and the chairman of the scientific committee have written columns and news letters to the bulletins of the National Societies. In addition, news from the National Societies has been added to the agenda of the NFOG board meetings. Developing co-operation in EBCOG (European Board of Obstetricians and Gynaecologists) is considered important, too. Special interest of Nordic countries has been improving specialist training and its evaluation. Reports on both EBCOG's and FIGO's activities have been included in the agenda of each NFOG board meeting.

On behalf of the board of NFOG, March 31st, 2009
Seija Grénman, Ragnheidur I. Bjarnadottir,

C EVIANA® «NOVO NORDISK»

ATC-nr.: G03F A01

Østrogen - progestogen kombinasjonspreparat.

TABLETTER, filmrasjerte: Hver tablett inneh.: Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 0,5 mg, noretisteronacetat 0,1 mg, laktosemonohydrat 37,5 mg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Hormonell substitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos kvinner mer enn et år etter menopausen. Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset. **Dosering:** 1 tablett tas 1 gang daglig uten opphold, fortrinnsvis på samme tid hver dag. Hos kvinner med amenoré og som ikke får HRT eller kvinner som går over fra et kontinuerlig kombinasjonsHRT-preparat, kan behandlingen starte på en hvilken som helst passende dag. Kvinner som går over fra sekvensert HRT-behandling anbefales å starte behandlingen rett etter at bortfallsbløddingen er opphørt. Ved oppstart og ved fortsatt behandling av postmenopausale symptomer bør den laveste effektive dose og den korteste varighet brukes. Overgang til et preparat med høyere dosekombinasjon bør vurderes hvis responsen etter 3 måneder ikke har gitt tilfredsstillende symptomlindring. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkt østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboemboli (dyp venetrombose, lungeemboli). Aktiv eller nylig overstått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt eller tidligere leversykdom der leverfunksjonster ikke er normalisert. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Ved behandling av postmenopausale symptomer, bør HRT bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. I alle tilfeller bør risiko kontra nytte vurderes grundig minst én gang pr. år og HRT bør bare fortsettes så lenge nytten oppveier risikoen. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og en nøye generell klinisk undersøkelse (inkl. underliv og bryst) skal foretas før behandlingen initieres eller gjeninnsettes. Under behandlingen bør pasienten følges opp regelmessig. Kvinner bør rådes om hva slags forandringer i brystene som bør rapporteres til legen. Undersøkelser, inkl. mammografi bør foretas iht. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller forverret seg under svangerskap eller tidligere hormonbehandling bør pasienten overvåkes nøye: Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, tidligere eller risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer, f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft, hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkompikasjoner, cholelithiasis, migrene eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller nedsatt leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk og nye anfall av migrene lignende hodepine. Endometriehyperplasi og endometriekreft: Lengre tids behandling med østrogen alene øker risikoen for endometriehyperplasi og endometriekreft. Tillegg av et gestagen i minst 12 dager pr. sykus hos ikke-hysterektomerte kvinner reduserer sterkt denne risikoen. Gjennombruddsblødninger og spotting kan forekomme i løpet av de første månedene av behandlingen. Hvis det forekommer gjennombruddsblødning eller spotting etter en tid med behandling, eller hvis blødningen vedvarer etter seponering av behandlingen, bør årsaken avklares. **Brystkreft:** Studier har vist en økt risiko for brystkreft hos kvinner som får østrogen, østrogen-gestagenkombinasjoner eller tibolon som HRT i flere år. En økt risiko blir tydelig innenfor få års bruk, risikoen øker med behandlingens lengde, men går tilbake til samme nivå som før innen få år (maks. 5 år) etter avsluttet behandling. Kvinner som bruker konjugerte equineøstrogen eller østradiol sammen med et gestagen, har en høyere relativ risiko for brystkreft, uavhengig av type gestagen. Det er vist at kontinuerlig kombinasjonsbehandling med equineøstrogen og medroxyprogesteronacetat er assosiert med brystkreft med noe økt tumorstorrelse og hyppigere lokale lymfeknutemetastaser. HRT, spesielt østrogen-gestagen kombinasjonsbehandling, øker tettheten på mammografi bildene, noe som kan ha negativ påvirkning på den radiologiske påvisningen av brystkreft. Venøs tromboemboli: HRT er forbundet med en høyere relativ risiko (2-3 ganger høyere risiko) for å utvikle venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Forekomsten av slike tilfeller er mer sannsynlig i det første året av behandlingen. Pasienter som tidligere har hatt VTE eller kjent trombolili har en økt risiko for VTE. Hvis pasienten må immobiliseres i lengre tid etter elektiv kirurgi, bør det vurderes om det er mulig å avslutte HRT-behandlingen midlertidig i 4-6 uker før inngrepet. Behandlingen bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobil igjen. Koronar arteriesykdom: Kvinner behandlet med kontinuerlig kombinerte konjugerte østrogen og medroxyprogesteronacetat viste en mulig økt risiko for kardiovaskulær sykkelighet første behandlingsår og ingen total fordel. Slag: Det er vist økt risiko for iskemisk slag hos friske kvinner ved behandling med kontinuerlig kombinerte konjugerte østrogen og medroxyprogesteronacetat. Det er ikke kjent om den økte risikoen også gjelder andre HRT preparater. **Ovariekreft:** Langtidsbehandling (minst 5-10 år) med HRT med østrogen alene hos kvinner som har fjernet uterus har i noen studier vært forbundet med økt risiko for ovariekreft. Det er usikkert om dette også gjelder langtidsbehandling med kombinasjons-HRT. Andre tilstander: Østrogen kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon bør derfor overvåkes nøye. Pasienter med terminal nyreinsuffisiens bør overvåkes nøye, da det må forventes at sirkulerende nivåer av de aktive stoffer vil øke. Kvinner med tidligere hypertriglyseridemi bør følges nøye, da sjeldne tilfeller av forhøyede plasmalipidnivåer har ført til pankreatitt. Østrogen øker tyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt thyreoideahormon. Opptak av T3 resin reduseres, noe som reflekterer forhøyet TGB. Konsentrasjonene av T4 og T3 er uforandret. Andre bindende proteiner, som kortikosteroidbindende globulin (CBG) og kjønnshormonbindende globulin (SHBG), kan være forhøyet i serum, og gi økte konsentrasjoner av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnshormoner. Andre plasmaproteiner kan økes (angiotensinogen/renin substrat, alfa-1-antitrypsin, ceruloplastin). Det foreligger indikasjoner på økt risiko for mulig demens hos kvinner som starter kontinuerlig kombinasjonsbehandling med konjugert equineøstrogen og medroxyprogesteronacetat etter fylte 65 år. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for herediter laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller galakto-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. **Interaksjoner:** Metabolismen av østrogen og gestagen kan økes ved samtidig inntak av substanser som inducerer legemiddelmetaboliserende enzymer, spesielt cytokrom P-450 slik som anti epileptika (f.eks. fenobarbital, fenytoin, karbamazepin) eller antiinfektiva (f.eks. rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz). Ritonavir og neflavinir har induserende virkning på steroider. Urtepreparater som inneholder johannesurt (prickperikum) kan inducere metabolismen og medføre nedsatt effekt og forandringer av den uterine blødningsprofil. Legemidler som hemmer aktiviteten til mikrosomale leverenzymer f.eks. ketokonazol, kan øke de sirkulerende nivåene av de aktive substansene i preparatet. **Graviditet/Amning:** Preparatet er ikke indisert ved graviditet eller amning. Blir kvinnen gravid under behandling med preparatet skal behandlingen avsluttes umiddelbart. **Bivirkninger:** Den vanligst rapporterte bivirkningen (11-15%) er vaginal blødning. Svært vanlige ($\geq 1/10$): Kjønnsganer/bryst: **Vaginal blødning. Vanlige ($\leq 1/100$ til $< 1/100$):** Gastrointestinale: Magesmerter, kvalme. Infeksjoner: Vulvovaginal mykrotisk infeksjon. Kjønnsganer/bryst: Endometrieforykkelse, Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte, nakkesmerter, smerte i ekstremiteter. Neurologiske: Hodepine. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Utspilt mage, dyspepsi. Hud: Pruritus eller urticaria, alopeci, acne. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Kjønnsganer/bryst: Brystmerter, brystbebehag. Muskel-skjelettsystemet: Leggkramper. Neurologiske: Migrene, svimmelhet. Psykiske: Depresjon eller forverret depresjon, nervositet. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige: Perifer ødem. Andre bivirkninger som er rapportert i svært sjeldne tilfeller med østradiol 1 mg/noretisteronacetat 0,5 mg: Endometriekreft, insomnia, angst, nedsatt/økt libido, svimmelhet, synsforstyrrelser, forverret hypertensjon, dyspepsi, oppkast, galleblæresykdom, cholelithiasis, forverret cholelithiasis, tilbakefall av cholelithiasis, seboré, utslett, angioneurotisk ødem, endometriehyperplasi, vulvovaginal pruritus, vektreduksjon, blodtrykkøkning. Følgende bivirkninger er rapportert i forbindelse med østrogen/gestagen behandlinger: Østrogenavhengige godartede og ondartede neoplasmer f.eks. endometriekreft, venøs tromboembolisme, f.eks. dyp venetrombose i legg eller bekken og lungeemboli er vanligere hos HRT-brukere enn hos ikke-brukere, hjerteinfarkt og slag, galleblæresykdom, chloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura og mulig demens. **Brystkreft:** Risiko for brystkreft øker med stigende behandlingens lengde hos kvinner som bruker eller nylig har brukt HRT. Risikoen for brystkreft er høyere ved østrogen-gestagen kombinasjons-HRT enn ved behandling med østrogen alene. Det er vist at for kvinner som ikke bruker HRT kan ca. 32 av 1000 kvinner forventes å få en brystkreftdiagnose i alderen 50-64 år. Blant 1000 kvinner som bruker eller nylig har brukt østrogen-gestagen kombinasjons-HRT vil antallet ekstra tilfeller av brystkreft være ca. 6 ved 5 års behandling og ca. 19 ved 10 års behandling. Det er vist at blant 1000 kvinner i alderen 50-79 år som brukte kombinerte equineøstrogen og medroxyprogesteronacetat vil antallet ekstra tilfeller være ca. 4 over en periode på 5 år. Antallet ekstra tilfeller av brystkreft hos kvinner som bruker HRT er stort sett det samme uansett alder ved start av HRT-behandlingen (ved alder 45-65 år). **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Kvalme og oppkast. Behandling: Symptomatisk. **Egenskaper:** Klassifisering: Kontinuerlig østrogen-progestogen kombinasjonspreparat til bruk hos kvinner med intakt uterus. Preparatet består av 17- β -østradiol som er kjemisk og biologisk identisk med endogent human østradiol og progestogen noretisteronacetat. Virkningsmekanisme: Substituerer redusert østrogenproduksjon. Tilsetning av noretisteronacetat reduserer sterkt, men fjerner ikke helt risikoen for østrogenindusert endometriehyperplasi. Lindring av menopausale symptomer oppnås i løpet av de første få ukers behandling. Absorpsjon: Fritt mikronisert østradiol absorberes raskt. Maks. plasmakonsentrasjon nås innen 5-8 timer. Noretisteronacetat absorberes raskt. Maks. plasmakonsentrasjon nås etter 1/2-1 time. Proteinbinding: Ca. 37% bindes til «sex hormone globulinbinding site» (SHBG), 61% til albumin. Halveringstid: Ca. 15 timer for 17- β -østradiol i plasma, terminal halveringstid for noretisteronacetat ca. 9-11 timer. Metabolisme: Hovedsakelig i lever og tarm. Utskillelse: Via urin.

Pakninger og priser: Datopakn.: 3 x 28 stk. 530,00

Sist endret: 19.03.2009

Priser pr. mai 2009

REFERANSER:

1. Panay N et al. Ultra-low-dose estradiol and norethisterone acetate; effective menopausal symptom relief. *Climacteric* 2007; 10: 120-31
2. Lundström E et al. Neutral effect of ultra-low-dose continuous combined estradiol and norethisterone acetate on mammographic breast density. *Climacteric* 2007; 10: 249-56
3. Sturdee DW et al. Ultra-low-dose continuous combined estradiol and norethisterone acetate: improved bleeding profile in postmenopausal women. *Climacteric* 2008; 11: 63-73
4. Samsioe G et al. Ultra-low dose estradiol and norethisterone acetate: Optimising tolerability and safety? *Abstract Climacteric* 2005; 8 (2): 228

NYHET!

ULTRALAV DOSE

EVIANA[®] med markedets laveste dose av kombinasjonen østrogen/gestagen

Til postmenopausale kvinner, med hetetokter, som ikke ønsker månedlige blødninger.

- ✓ Signifikant effekt på symptomer innen 3 uker¹
- ✓ Ingen endring i brysttetthet²
- ✓ 95 % er blødningsfrie fra første måned³
- ✓ Høy compliance^{3,4}



Novo Nordisk Scandinavia AS

Baker Østbys vei 5

1309 RUD

tlf: 67 17 85 00

fax: 67 13 09 11

kundeservice-norge@novonordisk.com

www.nvonordisk.no

www.menopause-info.no

eviana[®]

0.5mg 17 β -estradiol +
0.1mg norethisterone acetate

Når ultralavt er nok

Årsrapport NFGO

Styret har hatt følgende sammensetning:

Helga B. Salvesen, Haukeland Universitetssykehus, Leder

Bjørn Hagen, St. Olavs Hospital, Nestleder

Jostein Tjugum, Sentralsykehuset i Førde, Sekretær

Anne Beate Vereide, Regionssykehuset i Tromsø, Kasserer

Kurt Sachse, Ullevål Universitetssykehus

Mark Baekeland, Radium/Rikshospitalet

Ingar Nilsen Representant fra NGF

6 Vararepresentanter:

Harald Helland, Haukeland Uni.sykehus

Solveig Tingelstad, St. Olavs Hospital

Bent Fiane, Stavanger Universitetssykehus

Anne Ørbo, Regionssykehuset i Tromsø

Elin Ødegård, Ullevål Universitetssykehus

Anne Dørum, Radium/Rikshospitalet

Det har vært avholdt tre styremøter og to medlemsmøter (onkologisk forum, formøte i forbindelse med årsmøte i NGF).

- Søknad om grenspesialitet i gynekologisk onkologi med tilhørende utdanningsplan

fikk tilslutning fra Den norske lægeforenings landsstyre i 2005. Dette ble videresendt til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording, som ikke gav sin tilslutning. Det ble tatt ny kontakt med Sosial og helsedirektoratet for å få behandlet saken på nytt i Nasjonalt Råd. Dette har ikke skjedd, selv om representanter for NFGO og leder av NGF fikk møte i NR og legge frem sin sak. Dette ble kun tatt til orientering. Rekrutteringen til gyn onkologi er fortsatt vanskelig. Det søkes nå om akkreditering gjennom ESGO for å fremme rekruttering og utdanning innen feltet.

- Kreftforeningen har etter søknad fortsatt sin økonomiske støtte til forumet.
- Det ble arrangert Formøte i Gynekologisk Onkologi under årsmøte NGF september 2008. Møtet var forberedt av Jostein Tjugum, tema var Endometrie hyperplasier, med innlegg ved Anne Ørbo (også møteleder) og Unni Kirste. Møtet var godt besøkt og fikk svært god omtale.

- Vår faggruppe sesjonen innen Onkologisk Forum i Bergen fokuserte i 2008 på palliasjon og hadde også innlegg ved 4 doktorgradskandidater fra hele landet. Møtet hadde god oppslutning.
- Arbeidet med revisjon av Nasjonal Veileder i gynekologisk onkologi er i slutfasen, ledet av Bjørn Hagen.
- Det blir nå gått videre med å utarbeide Nasjonale handlingsprogrammer i regi av HOD for cervix-, endometrie- og ovarialcancer.
- Det har blitt utarbeidet en høringsuttalelse til Helsedirektoratet vedrørende Tilbud om gentesting ved påvist bryst- eller eggstokkreft.
- Det planlegges nytt formøte under årsmøtet i Fredrikstad, som skal ta opp kontroller etter behandling for gynekologisk kreft.

Styret takker medlemmene for aktivitet og interesse i 2008/09.

Bergen 15062009

Helga Salvesen, Leder NFGO

FELLESTURER 2010



14th World Congress of the International Society of Gynecological Endocrinology (ISGE) Firenze, 4. - 7. mars 2010

GENERELT OM KONGRESSEN: Kongressen arrangeres på Firenze Fiera. Den starter torsdag morgen 4. mars, og avsluttes ettermiddag søndag 7. mars.



37th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology (NFOG) København, 15. -18. juni 2010

GENERELT OM KONGRESSEN: Kongressen arrangeres på Bella Center. Den starter tirsdag 15. juni med åpningsseremoni og avsluttes ettermiddag fredag 18. juni.



IFFS 20th World Congress on Fertility & Sterility München, 12. - 16. September 2010

GENERELT OM KONGRESSEN: Kongressen arrangeres på Gasteig Munchen GmbH. Den starter søndag 12. september med åpningsseremoni og avsluttes ettermiddag torsdag 16. september.

Foreløpig regnskap NGF 2008

Regnskap godkjent av revisor vil foreligge på generalforsamlingen.

| Norsk Gynekologisk Forening | | |
|---|--------------|--------------------------|
| Aktivitetsregnskap | | |
| | Noter | Resultat 2008 |
| Anskaffede midler | | |
| Medlemsinntekter | 1 | 12 200 |
| Tilskudd | 3 | 638 566 |
| Sum anskaffede midler | | 650 766 |
| Aktivitetet som oppfyller formålet | | |
| Kursinntekter | 4 | 607 500 |
| Sum aktiviteter som oppfyller formålet | | 607 500 |
| Aktivitetet som skaper inntekter | | |
| Annonser | 5 | 408 530 |
| Sum aktiviteter som skaper inntekter | | 408 530 |
| Finansinntekter | | 114 360 |
| Sum anskaffede midler | | 1 781 156 |
| Forbrukte midler | | |
| Kostnader til anskaffelse av midler | | |
| Kostnader ved annonsesalg | 2 | 205 482 |
| Sum kostnader anskaffelse av midler | | 205 482 |
| Kostnader til formålet | | |
| Formålsmidler | | 452 878 |
| Sum kostnader til formålet | 2 | 452 878 |
| Kostnader til administrasjon | | |
| Administrasjonskostnader | | 964 925 |
| Sum administrasjonskostnader | 2 | 964 925 |
| Sum forbrukte midler | | 1 623 285 |
| Årets aktivitetsresultat | | 157 871 |
| Tillegg/reduksjon formålskapital (egenkapitalen) | | |
| Overført til fri formålskapital | | 157 871 |
| Sum tillegg formålskapital | | 157 871 |

| Balanse | | |
|------------------------------------|--------------|--------------------------|
| | Noter | 31. des. 2008 |
| Eiendeler | | |
| Anleggsmidler | | |
| kontormaskiner pc | 6 | 16 275 |
| Sum anleggsmidler | | 16 275 |
| Omløpsmidler | | |
| Fordringer | | |
| Kundefordringer | | 15 100 |
| Påløpte inntekter Gynekologen | 5 | 64 000 |
| Sum fordringer | | 79 100 |
| Kontanter og bankinnskudd | | 2 298 002 |
| Sum omløpsmidler | | 2 377 102 |
| Sum eiendeler | | 2 393 377 |
| Formålskapital og gjeld | | |
| Formålskapital | | |
| Fri formålskapital | | 2 040 549 |
| Årets resultat | | 157 871 |
| Sum opptjent formålskapital | 7 | 2 198 420 |
| Gjeld | | |
| Kortsiktig gjeld | | |
| Leverandørgjeld | 9 | 67 068 |
| Merverdiavgift | | 77 807 |
| Påløpte kostnader | 10 | 50 082 |
| Sum kortsiktig gjeld | | 194 957 |
| Sum formålskapital og gjeld | | 2 393 377 |

Årsrapport EBCOG

I 2008 har det vært avholdt to Councilmøter. Det første i Lisboa 8. og 9. mars i forbindelse med EBCOG-kongressen, det andre i Brussel 29. og 30. november. NGF var representert med to delegater på begge møter. I Lisboa møtte Rolf Kirschner og Runa S. Aabø. På møtet i Brussel møtte Bjørn Backe og Runa S. Aabø. Erik Andreas Torkildsen møtte som PWG-representant på begge møtene

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, og i Councilmøtet 8. mars ble det vedtatt å gi ENTOG stemmerett i Council, i tillegg til at det ble besluttet at alle visitasjonene skulle 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 obstetrik, til å utvikle et slikt program. Samarbeidet med de fire europeiske foreningene for subspecialitetene, ESGO (gyn-onkologi), EUGA (Urogynekologi), EAPM (perinatalmedisin) og ESHRE (reproduksjon) muliggjør akkreditering av utdanningsentra for subspecialisering.

Hvert annet år arrangerer EBCOG, i samarbeid med ESGO, EUGA, EAPM og ESHRE en bred, faglig kongress. Kongressen ble i 2008 avholdt i Lisboa, og var en suksess både faglig og økonomisk for foreningen. Den store deltagelsen fra Norge ble spesielt lagt merke til i evalueringen. Kongressen i 2010 skal avholdes i Antwerpen 5.-8. mai, kongressen i 2012 arrangeres i Tallin. Meld dere på!

Valg til styret 30. november 2008:

President: Prof Peter Hornnes, Danmark
 Visepresident: Prof Johan Van Wiemeersch
 Kasserer: Prof Wolfgang Holzgreve, Tyskland
 Styremedlem: Dr Rolf Kirschner, Norge
 Styremedlem: Prof Allan Templeton, UK

For info om EBCOG se www.EBCOG.org

20.06.09 Runa S. Aabø

Årsrapport FUGO

2008 var et aktivt år for FUGO. Vi hadde allerede høsten før bestemt oss for å organisere et kurs i Fosterovervåking for LIS i forbindelse med årsmøtet i Bodø i 2008, noe ingen av oss hadde vært med på før. Året startet naturlig nok med oppgavefordeling og planlegging. Solhild Stridsklev tok ansvaret som kursleder.

Styret 2008 bestod av:

Solhild Stridsklev, leder og ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology)-representant
 Ane Gerda Zahl Eriksson, NGF-representant
 Erik Andreas Torkildsen, PWG (Permanent Working Group)-representant, nettansvarlig samt varamedlem i NGF

Vilde Rasdal Lehland, NFYOG (Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists)-representant
 Stig Hill, NFYOG-representant og sekretær
 Sissel Oversand, kasserer og Gynekologen-ansvarlig.

ENTOG-utvekslingen i mars 2008 gikk til Lisboa, og som norske deltakere reiste Liv

Cecilie Vestrheim fra Haukeland og Ingrid Volløyhaug fra St. Olavs Hospital. På det påfølgende ENTOG-møtet deltok Solhild Stridsklev og Erik Andreas Torkildsen. Sistnevnte var også PWG-representant ved EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology)-kongressen i Lisboa samme helg.

Deretter møttes vi ikke igjen før under NFOG (Nordic Federation of Obstetrics and Gynaecology) på Island i mai, hvor våre NFYOG-representanter, Stig Hill og Vilde Lehland, deltok på styremøte i NFYOG. Stig Hill, som siden januar 2008 har vært president i NFYOG, gikk ut av FUGO-styret ved årskiftet. NFYOG arrangerte faglig møte i forkant av NFOG kongressen.

Så kom kurset i Fosterovervåking i Bodø den 3. September som, i våre øyne, ble en kjempesuksess. Til tross for at vi hadde glemt å oppgi kurssted i kurskatalogen, greide alle deltakerne å finne fram til riktig plass. Tilbakemeldingene etter kurset var svært gode, takket være enorm innsats fra foredragsholderne, Torunn Eikeland og

Branca Yli. Imponerende å holde slitne hoder i ånde i 6 timer i strekk! Lokalkomiteen ga oss også uvurderlig hjelp i forhold til organiseringen. Vi dro mye viktig lærdom fra dette kurset, spesielt angående behovet for å sikre oss sikkerhet via Legeforeningens Fond I i forkant av kurset. Dette gjør kursarrangering mye enklere for oss ved senere anledninger.

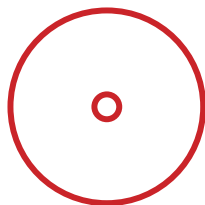
Påfølgende dag var det generalforsamling i FUGO, og Christian Tappert (St. Olavs Hospital) og Marte Myhre (Ringerike) ble valgt inn i styret som styremedlemmer, fra 1.1.2009.

I november hadde vi vårt siste styremøte, hovedsakelig for oppsummering og idéutveksling ang nytt kurs. Og vi landet da altså på Kolposkopi.

Til sammen hadde vi 4 styremøter. Vi hadde utgifter på 24638,30 kr, og med et budsjett på 34.000 kr, gikk vi 9361,70 kr i overskudd. Dette greide vi pga at vi i stor grad klarte å få dekket reiser og opphold via andre midler.

Sissel H. Oversand

Kjære FUGO medlemmer!



FUGO

I skrivende stund er akkurat ENTOG utvekslingen i Ungarn og det påfølgende ENTOG møtet i Budapest over. En stor takk til Daniella Roszca, som til daglig jobber som LIS ved SIHF Elverum, for at hun steppet inn på kort varsel som representant for Norge i utvekslingen.

Ane Gerda Eriksson og jeg deltok på møtet. President Erika Werner har bestemt seg for å trekke seg ut av ENTOG styret, og Nuno Nogueira Martins (Portugal) ble valgt som hennes arvtager. David Rodriguez (Spania) ble gjenvalgt som kasserer og Panagiotis Christopoulos (Hellas) fortsetter som generalsekretær. Pille Pärgräm (Estland) ble valgt inn i styret i fjor, og gjenvalgt i år. Som nytt medlem ble Elena Pavlova fra Bulgaria valgt inn.

Neste års utveksling blir i Antwerpen, og om noen er interessert i å delta, tar FUGO gjerne imot søknader allerede. Storbritannia vant over oss i konkurransen om å arrangere utvekslingen i 2011, og møtet blir da i London. Sted for utveksling og ENTOG møte i 2012 er også allerede bestemt, dette blir i Tallinn, Estland. Pga landets størrelse vil utvekslingsdeltakerne fordeles i alle de Baltiske statene.

Samme helg har det vært EBCOG møte i Budapest, hvor Erik A. Torkildsen deltok som PWG, og NFYOG seminar i København. Marte Myhre og Christian Tappert reiste som norske NFYOG representanter. Til høsten er det nytt styrevalg i forbindelse med FUGOs generalforsamling (i forkant av NGFs årsmøte i Fredrikstad). Vi trenger to nye medlemmer i styret, og håper på stor interesse for dette. Interesserte bes kontakte Marte Myhre på martemyhre@yahoo.no

Med ønske om en varm og deilig sommer,

Sissel Oversand, FUGO



Nyttige websider

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

FUGO-styret 2009

| | | | | |
|--------------------|-----------|--|--|----------|
| Sissel H. Oversand | Leder | ENTOG-representant | Sisseloversand@hotmail.com | 90851474 |
| Ane G. Z. Eriksson | Nestleder | NGF styremedlem, ENTOG vara-representant | anegerda@hotmail.com | 48230660 |
| Erik A. Torkildsen | PWG | NGF vara-representant, Nettansvarlig | eatorkildsen@yahoo.no | 92601220 |
| Marte F. Myhre | Sekretær | Med-nettansvarlig NFYOG-representant | martemyhre@yahoo.no | 99002294 |
| Vilde R. Lehland | | NFYOG-representant | vrlehland@yahoo.no | 37401458 |
| Christian Tappert | Kasserer | Kursansvarlig | christian.tappert2@stolav.no | 41845149 |

EMSELEX® - EFFEKTIV¹ OG M₃ SELEKTIV

Effektivt¹

VEIEN TIL BEHANDLING AV OVERAKTIV BLÆRE

- 77% reduksjon av antall episoder med urgeinkontinens¹
- Godt tolerert¹
- En dose - 7,5 mg eller 15 mg daglig²

 **Emselex**[®]
(darifenacin) 7,5mg og 15mg DEPOTABLETT
Effektiv og M₃ selektiv

Id-kode: 5084/02.2009

Referanser:

1. Chapple C, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M₃ selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. BJU Intl. 2005;99:993-1001.

2. FK-tekst 12.04.2007

Generalforsamling og årsmøte FUGO 2009

Fredrikstad Kulturhus / Radisson SAS Hotel, Fredrikstad, torsdag 3. september 2009 KI 10:00 – 12:00

Program for FUGO årsmøte:

| | | |
|---------------|----------------------|---|
| 10:00 – 10:45 | Generalforsamling | FUGO styret v/ Sissel Oversand |
| 10:45 - 11:00 | Spesialitetskomiteen | Trond Melby Michelsen/Kjell Å "Pepe" Salvesen |
| 11:00 – 12:00 | LIS og rettigheter | Hege Gjessing |

Saksliste generalforsamling 10:00:

1. Valg av ordstyrer og referent.
2. Godkjenning av innkalling.
3. Presentasjon av FUGO styret 2009.
4. Årsrapport FUGO.
5. Økonomi FUGO
6. Rapport fra NGF.
7. Rapport fra internasjonalt arbeid: NFYOG/ENTOG/EBCOG
8. Sakler fra medlemmene.
9. Valg av nytt FUGO styre.
10. Utveksling 2009.
11. FUGO videre; Evaluering av Pre årsmøte kurset. Forslag til nye emner?
12. Eventuelt.

Vi gjør oppmerksom på at saker til dagsorden fra medlemmene må sendes til sekretær senest 4 uker før generalforsamlingen (martemyhre@yahoo.no).

Emselex «Novartis»

Urologisk spasmolytikum.

ATC-nr.: G04B D10

DEPOTTABLETTER 7,5 mg og 15 mg: Hver depottablett inneh.: Darifenacin 7,5 mg, resp. 15 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 7,5 mg: Titandioksid (E 171). 15 mg: Paraoransje (E 110), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingsfrekvens og «urgency» som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære.

Dosering: Bør tas 1 gang daglig med væske. Kan tas med eller uten mat. **Svelges hele. Skal ikke tygges, deles eller knuses. Voksne (18 år inkl. eldre 65 år):** Anbefalt startdose er 7,5 mg daglig. Effekt og sikkerhet bør vurderes på nytt 2 uker etter behandlingsstart. For pasienter som har en akseptabel bivirkningsprofil, men som krever ytterligere symptomlindring, kan dosen økes til 15 mg daglig, basert på individuell respons. **Barn:** Ikke anbefalt pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. **Nedsatt nyrefunksjon:** Forsiktighet bør utvises. Dosejustering er unødvendig. **Nedsatt leverfunksjon:** Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A), men dosejustering er unødvendig. Ved moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad B) bør behandling kun gis dersom fordelene oppveier risikoen. Daglig dose bør begrenses til 7,5 mg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Urinretensjon, ventrikkelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad C), alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megacolon, samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. proteasehemmere, ketokonazol, itraconazol).

Forsiktighetsregler: Bør administreres med forsiktighet til pasienter med autonom nevropati, hiatushernie, klinisk signifikant obstruksjon ved blæretømming, risiko for urinretensjon, alvorlig konstriksjon eller gastrointestinale obstruktive lidelser (f.eks. pylorusstenose). Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som behandles for trangvinkelglaukom. Andre årsaker til økt vannlatingsfrekvens (hjertesvikt eller nyresykdom) bør utredes i forkant av behandlingen. Ved urinveisinfeksjon bør adekvat antibakteriell behandling igangsettes. Forsiktighet bør utvises ved risiko for redusert gastrointestinal motilitet, gastroøsofageal refluks og/eller samtidig bruk av medisiner som kan forårsake/forverre øsofagitt (f.eks. perorale bisfosfonater). Sikkerhet og effekt ved nevrogen årsak til overaktivitet i detrusor er ukjent. Pasienter som opplever svimmelhet, tåkesyn, søvnløshet og søvnhighet under behandlingen, bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner.

Interaksjoner: Darifenacin metaboliseres primært av CYP 2D6 og CYP 3A4. CYP 2D6- og CYP 3A4-hemmere kan øke eksponeringen av darifenacin. Ved samtidig administrering med moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. erytromycin, klaritromycin, telitromycin, flukonazol, grapefruktjuice) eller potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. paroksetin, terbinafin, cimetidin, kinidin) bør anbefalt startdose være 7,5 mg daglig. Kan titreres til 15 mg daglig for å oppnå forbedret klinisk respons forutsatt at dosen er godt tolerert. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av substanser som hovedsakelig metaboliseres via CYP 2D6, og som har et smalt terapeutisk vindu (f.eks. flekainid, tiordazin, trisykliske antidepressiva som imipramin). Standard terapeutisk monitorering av protrombintid for warfarin bør opprettholdes. Terapeutisk legemiddelmonitorering av digoksin bør utføres ved oppstart og avslutning av darifenacinbehandling, samt ved endring av dosen. Samtidig bruk av potente hemmere av P-glykoprotein (f.eks. verapamil, ciklosporin) bør unngås. Samtidig bruk av andre legemidler med antimuskarine egenskaper (f.eks. oksybutynin, tolterodin, flavoksat) kan gi mer uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. Potensering av antikolinerge effekter av antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva kan også forekomme.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Dyrestudier har vist toksisitet for fødsel, peri- og postnatal utvikling. Skal ikke brukes under graviditet. **Overgang i morsmelk:** Ukjent. Utskilles i morsmelk hos rotter. Forsiktighet bør utvises ved bruk under amning.

Bivirkninger: Antikolinerge effekter er generelt doseavhengige. **Svært vanlige** ($\geq 1/10$): Gastrointestinale: Munntørhet, forstoppelse. **Vanlige** ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, abdominalsmerter. Neurologiske: Hodepine. **Øye:** Tørre øyne. **Mindre vanlige** ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Diaré, flatulens, sår i munnen. Hjerte/kar: Hypertensjon. Hud: Tørr hud, utslett, pruritus, svetting. **Infeksjoner:** Urinveisinfeksjon. Kjønnsganer/bryst: Impotens, vaginitt. Luftveier: Rhinitt, hoste, dyspné. Neurologiske: Svimmelhet, smaksforstyrrelser, somnolens. Nyre/urinveier: Urinretensjon, urinveiforstyrrelser, blæresmerter. Psykiske: Insomnia, unormal tankevirksomhet. **Undersøkelser:** Økt ASAT og ALAT. **Øye:** Synsforstyrrelser, inkl. sløret syn. **Øvrige:** Asteni, skade, ødem, inkl. ansiktsødem og perifer ødem. **Svært sjeldne** ($< 1/10\ 000$), **ukjent:** Hud: Angioødem. Tilfeller av generell hypersensitivitetsreaksjoner inkl. angioødem. Behandling med darifenacin kan muligens maskere symptomer assosiert med galleblæresykdom.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Doser på 75 mg har gitt munntørhet, konstriksjon, hodepine, dyspepsi og tørrhet i nesen. **Behandling:** Bør rettes mot å reversere antikolinerge symptomer under nøye medisinsk overvåking. Fysostigmin kan bidra til å reversere slike symptomer. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D10 side d.

Egenskaper: Klassifisering: Urologisk spasmolytikum. **Virkningsmekanisme:** Selektiv muskarinreseptorantagonist (M₃ SRA). M₃-reseptoren er den viktigste subtypen som kontrollerer muskelkontraksjon i urinblæren. **Absorpsjon:** Biotilgjengelighet: 15% og 19% etter daglige doser på hhv. 7,5 mg og 15 mg ved «steady state». Maks. plasmanivå nås ca. 7 timer etter administrering og «steady state» nås den 6. dagen. Eksponeringen er 23% lavere hos menn enn hos kvinner. **Proteinbinding:** 98%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum: 163 liter. **Metabolisme:** Betydelig metabolisme via CYP 3A4 og CYP 2D6 i lever, og via CYP 3A4 i tarmveggen. **Utskillelse:** Ca. 60% i urin, ca. 40% i feces. Kun 3% utskilles uforandret.

Pakninger og priser: 7,5 mg: Enpac: 28 stk. kr 435,30. 98 stk. kr 1435,10. **15 mg:** Enpac: 28 stk. kr 435,30. 98 stk. kr 1435,10.

Refusjon: Se G04B D10, side f i Refusjonslisten.

Refusjonskode:

| ICPC | Vilkår nr | ICD | Vilkår nr |
|------|-----------------|-------|-----------------------------------|
| U04 | Urininkontinens | N39.4 | Annen spesifisert urininkontinens |

Vilkår: Ingen spesifisert.
ID-kode: 5084/02.2009

Sist endret: 16.10.2008 (SPC 25.08.2008)



Kentera
oxybutynin

Doseres kun to ganger i uken



Referanser:

1. Dmochowski RR, et al. *Urology* 2003;62:237-42.
2. Davila GW, et al. *Urol Clin N Am* 2006;33:455-63.

Kentera Nicobrand Urinveisspasmolytikum. ATC-nr.: G04B D04
DEPOTPLASTER 3,9 mg/24 timer: Hvert depotplaster inneh:
Oksybutynin 36 mg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingshyppighet og -trang som kan forekomme hos pasienter med ustabil blære.

Dosering: Plasteret skal festes på tørr, intakt hud på abdomen, hofter eller sete umiddelbart etter at det er tatt ut av doseposen. Et nytt plaster skal festes på et nytt applikasjonssted, slik at en unngår at det festes på samme sted i løpet av 7 dager. Anbefalt dose er ett 3,9 mg depotplaster 2 ganger ukentlig (hver 3.-4. dag). Anbefales ikke til barn eller ungdom.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for noen av innholdstoffene. Urinretensjon, alvorlig gastrointestinal lidelse, myasthenia gravis eller trangvinkelglaukom og hos pasienter som er i risikogruppen for disse lidelsene.

Forsiktighetsregler: Brukes med forsiktighet ved nyre- eller leversvikt. Pasienter med leversvikt skal overvåkes nøye. Andre årsaker til hyppig vannlatning (hjertesvikt eller nyresykdom) skal undersøkes før behandling. Forsiktighet utvises ved betydelig hemmet blæretømming og ved behandling av eldre. Antikolinerge midler kan føre til døsighet, søvnighet eller uklart syn. Alkohol kan forsterke døsighet.

Interaksjoner: Samtidig bruk av andre antikolinerge legemidler eller midler som konkurrerer om CYP 3A4-metabolismen, kan øke hyppigheten eller alvorlighetsgraden av munntørhet, forstoppelse og døsighet. Andre antikolinerge legemidler er f. eks. amantadin og antiparkinsonmidler (biperiden, levodopa), antihistaminer, antipsykotika (fentiaziner, butyrofenoner, klozapin), kinidin, trisykliske antidepressiva, atropin og relaterte forbindelser som atropin-spasmolytika og dipyrindamol. Anti-

kolinerge effekter på gastrointestinal motilitet kan endre absorpsjonen av visse legemidler som gis samtidig. Interaksjon med legemidler som hemmer CYP 3A4, som azolantimykotika (f.eks. ketokonazol) eller makrolidantibiotika (f.eks. erytromycin), kan ikke utelukkes. Oksybutynin kan antagonisere effekten av motilitetsstimulerende legemidler.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Dyrestudier har vist små reproduksjonstoksiske effekter. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: En liten mengde utskilles. Bruk under amning frarådes.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Munntørhet, forstoppelse, diaré, kvalme, magesmerter. Hud: Kløe, rødhet, reaksjon og utslett på applikasjonsstedet. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinveisinfeksjon. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, søvnighet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, abdominalt ubehag. Hud: Elveblest, sopp. Luftveier: Øvre luftveisinfeksjon, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerter. Sirkulatoriske: Hetetokter, palpitasjoner. Urogenitale: Urinretensjon, dysuria. Øvrige: Påført skade.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Antikolinerge effekter, som stimulering av sentralnervesystemet, rødme, feber, dehydrering, hjertarytmi, oppkast og urinretensjon. Behandling: Symptomatisk. Plasmakonsentrasjonen reduseres 1-2 timer etter fjerning av plasteret. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D04 og G04B D.

Egenskaper: Klassifisering: Urinveisspasmolytikum. Virkningsmekanisme: Kompetitiv, selektiv muskarinreseptorantagonist. Relaksere glatt muskulatur i blæren, øker den maksimale blærekapasiteten og volumet før første detrusor- og kontraksjon. Dermed reduseres trang og hyppigheten av inkontinensepisoder og frivillig vannlatning. Oksybutynin er racemisk. Antimuskarinaktiviteten er hovedsakelig i R-isomeren som viser større

selektivitet for muskarinsubtypene M1 og M3 (predominant i detrusor-muskelen og glandula parotis). Absorpsjon: Kontinuerlig transport opprettholdes i løpet av hele doseintervallet. Maks. plasmakonsentrasjon, 3-4 ng/ml, nås innen 24-48 timer. «Steady state» nås under andre påføring av depotplasteret og opprettholdes i opptil 96 timer. Fordeling: Distribusjonsvolum: 193 liter. Metabolisme: I lever, hovedsakelig via CYP 3A4. En metabolitt er farmakologisk aktiv. Utskillelse: <0,1% utskilles uomodannet i urinen.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i ytteremballasjen. Må ikke oppbevares i kjøleskap eller fryses.

Andre opplysninger: Se pakningsvedlegget for informasjon om bruk og håndtering.

Pakninger og priser: 8 stk. kr 483,30. 24 stk. kr 1368,70.

Refusjon: Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskode:

| ICPC | Vilkår nr | ICD | Vilkår nr |
|------|-----------------|--------|-----------------------------------|
| U04 | Urininkontinens | N 39.4 | Annen spesifisert urininkontinens |

Vilkår: Ingen spesifisert

Kjære kollega!

Norsk gynekologisk forening arrangerer årsmøtet for 2009 i Fredrikstad. Vi på Kvinneklubben gleder oss til å få besøk av kolleger fra hele landet. Vi ønsker velkommen til møte på SAS Radisson Hotell 3.-5. september. Det blir et spennende og inspirerende program både faglig og sosialt.

Fredrikstad ligger idyllisk til ved Hvaler skjærgården. Mest kjent er Fredrikstad for Gamlebyen, som er Nordens best bevarte festningsby. Her møtes vi til "Get together" torsdag kveld i tradisjonsrike omgivelser. Fredag kveld blir det bankett i festsalen på SAS Radisson Hotell rett ved bryggepromenaden. Vi garanterer høy faglig kvalitet, hyggelig sosialt samvær og dessuten har vi bestilt pent vær.



Velkommen til Fredrikstad!

Hilde Hoel, Avdelingssjef kvinneklubben

Generalforsamling NGF 2009

Fredrikstad, fredag 4. september 2009 KL 1630

Valg av dirigent og referent

Minnestund

Årsmelding 2008

Regnskap 2008

Revidert budsjett 2009

Budsjett 2010

Saker fremlagt av medlemmene

Saker fremlagt av styret

Oppnevning av medlem i Kvalitetsutvalget

Valg av leder

Valg av styremedlemmer

Valg av varamedlemmer til styret

Valg av desisorer

Valg av årsmøtearrangør 2011

Eventuelt

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

Leder: Bjørn Backe, NTNU, Kvinneklubben St. Olavs Hospital.

Styret: Knut Hordnes, Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus (gjenvalg)

Toril Kolås, Sykehuset Innlandet Lillehammer (gjenvalg)

Runa S Aabø, Sandvika Spesialistsenter (gjenvalg-PSL)

Kevin S Oppegård, Hammerfest Sykehus (nytt medlem)

Marte F Myhre, Ringerrike Sykehus (nytt medlem- FUGO)

Varamedlem: Synnøve Lian Johnsen, Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus.

Jørn Hugo Karlsen, privat praksis Tønsberg (PSL)

Erik Andreas Torkildsen , Kvinneklubben, Stavanger Universitetssykehus (FUGO)

Grete Riis-Johannessen (leder), Ingard Nilsen, Ole Erik Iversen

Program NGF Årsmøte

Fredrikstad 3.-5. september 2009

Fredrikstad Kulturhus/Radisson SAS Hotel

Onsdag 2. september

FUGO: Kolposkopikurs- se eget program s. 55
(Arrangementet er uavhengig av Årsmøtet)

Torsdag 3. september

10.00-12.00 **Formøter:**

NUGG

FUGO Generalforsamling og årsmøte. Se s. 25

PSL

10.00-10.15 Velkommen. Runa S.Aabø

10.15-11.00 Ulike typer klagesaker- legens ulike roller og legeforeningens mulighet til bistand.

Fagsjef og advokat Frode Solberg, DnI

11.00-11.20 Pasientklager - en kilde til læring. Praktiserende spesialist Hilde Sundhagen

11.20-12.00 Diskusjon

NFGO (Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi)

Møteleiar: Jostein Tjugum styremedlem NFOG

10.15-10.35 Emend® - et annerledes kvalmestillende. Whyatt, Katie seniorkonsulent MSD Norge AS

10.45-11.45 Kontroll etter ferdigbehandla endometrie- og ovarialkreft. Pasienttryggleik og levetid - økonomi og evidens.

Ny dansk MTV (medicinsk teknologi vurdering) rapport. Mogensen Ole. Professor Gynekologisk Obstetrisk Afdeling D, Odense Universitetshospital

12.00-1400 **Lunsj**

Årsmøte 2009

14.00-14.30 Leder i NGF, Rolf Kirschner

Ordfører i Fredrikstad ønsker velkommen

14.30-15.30 The natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Cancer risks exposed by an unethical study (Ron Jones, NZ)

16.00-18.30 **Fagpolitisk debatt**

Status og utfordringer i faget; utdanningskravene. OF (Arne Refsum), YLF (Hege Gjessing), spesialitetskomiteen (Pepe Salvesen) og NGF (Rolf Kirschner)

19.00- **Get together i Gamlebyen Gjestegaarder**

Fredag 4. september

08.30-10.00 **Gynekologi med flere tema**

Is VIN a cancer Precursor? (Ron Jones, NZ)

Nett eller nål og tråd? En litteraturgjennomgang av operasjonsmetoder ved genital descens (Heidi Thornhill)

Kunnskapscenterets arbeidsmåte eksemplifisert: Embolisering ved myoma uteri og behandlingseffekt på ulike indikasjoner. Systematisk tilnærming (Gro Jamtvedt)

10.30-12.00 **Frie foredrag sesjon I: Generell gynekologi**

1 KOMBINASJON AV MISOPROSTOL OG ØSTRADIOL TIL CERVIXMODNING HOS POSTMENOPAUSALE KVINNER

Oppegaard KS, Lieng M, Berg A, Istre O, Qvigstad E, Nesheim B-I

2 SAMMENLIKNING AV TO MINI-INVASIVE KIRURGISKE METODER FOR MENORRHAGI

Velken M, Vistad I

3 VAGINAL HYSTERECTOMI SOM DAGBEHANDLING.

Hauso W, Ellstrøm Engh M

- 4 KLINISK EFFEKT AV TRANCERVICAL POLYPPRESEKSJON HOS KVINNER MED ENDOMETRIEPOLYPPER: EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE
Lieng M, Istre O, Sandvik L, Engh V, Qvigstad E
- 5 ANTALL ANTRALE FOLLIKLER KORRELERER MED ANTI MÜLLERSK HORMON
Eilertsen T, Vanky E, Carlsen SM
- 6 BEHANDLING AV ENTEROGENITALE FISTLER: ET 15-ÅRS MATERIALE
Trovik J, Kiserud T
- 7 HPV GENOTYPE DISTRIBUTION ACCORDING TO SEVERITY OF CERVICAL NEOPLASIA.
Sjøborg KD, Tropé A, Jonassen CM, Steinbakk M, Jacobsen MB, Lie AK, Eskild A.
- 8 SOMATISKE PLAGER HOS KVINNER MED RISIKO-REDUSERENDE SALPINGO-OOFORREKTOMI PÅ GRUNN AV ØKT RISIKO FOR ARVELIG BRYST-EGGSTOKKREFT
Michelsen TM, Tropé CG, Dørum A
- 9 NYE TRENDER INNEN LAPAROSKOPIK KIRURGI- AVANSERT LAPAROSKOPIK KIRURGI GJENNOM ETT INNSTIKK
Langebrette A, Alagic E, Busund B, Sachse K, Qvigstad E

12.00-13.00

Lunsj

13.00-14.30

Frie foredrag sesjon 2: Obstetrikk

- 10 ANALKANALENS POSISJON UNDER KONTRAKSJON AV BEKKENBUNNEN UNDERSØKT MED 3D VAGINAL ULTRALYD
Olsen IP, Wilsgaard T, Kiserud T
- 11 REDUSERT FOREKOMST AV ANAL SFINKTERRUPTURER UNDER FORLØSNING
Sjøborg KD, Uttgaard E, Laine K
- 12 RISIKOFAKTORER FOR OBSTETRISK ANAL SFINKTERSKADE
Baghestan E, Irgens L, Børdahl PE, Rasmussen SA
- 13 ØKT KONDISJON SENT I SVANGERSKAPET PREDIKERER KORTERE FØDSELSVARIGHET I NULLIPARA
Kardel KR, Johansen B, Voldner N, Iversen PO, Henriksen T
- 14 DIFFERENSIERT FØDSELSOMSORG I FØDEAVDELING - RISIKOSTATUS VED INNKOMST FØDEAVDELING OG ENDRING UNDER FØDSEL
Lippert T, Øian P, Nesje E, Koss KS, Kristoffersen M
- 15 EFFEKT AV HØY ALDER HOS MOR VED FØDSEL OG PARITET PÅ OBSTETRISK UTFALL I ENKELTFØDSLER
Wang Y, Ellingsen L, Henriksen T
- 16 TEMPORAL CHANGES IN FETAL MORTALITY; DIFFERENT TRENDS FOR DIFFERENT GESTATIONAL AGES
Sarfranz AA, Samuelsen SO, Eskild A
- 17 IMMUNISERING MOT BLODTYPEANTIGENER: OM Å FEIE FOR EGEN DØR - OG LITT FOR ANDRES?
Berge LN, Akkøk CA, Heier HE
- 18 FORLØSNING MED KIELLANDS TANG - 4 ÅRS MATERIALE
Kessler J, Albrechtsen S, Augensen K

14.30-15.00

Pause

15.00-16.00

Frie foredrag sesjon 3: Cancer

- 19 LYMFADENEKTOMI BIDRAR TIL IDENTIFIKASJON AV HØY- OG LAVRISIKO ENDOMETRIECANCER I EN PROSPEKTIV MULTISENTERSETTING.
Trovik J, Wik E, Helland H, MoMaTEC studiegruppe, Stefansson I, Akslen LA, Salvesen HB
- 20 ROBOT-ASSISTERT LAPAROSKOPIK KIRURGI I GYNEKOLOGISK ONKOLOGI; DE FØRSTE ERFARINGENE FRA RADIUMHOSPITALET OG 42 MÅNEDERS OPPFØLGING
Bilal Sert M, Eraker R
- 21 TRENDS IN ENDOMETRIAL CANCER INCIDENCE IN NORWAY 1953-2007
Lindemann K, Eskild A, Vatten LJ, Bray F
- 22 BEKKENSMERTER ETTER STRÅLEBEHANDLET LIVMORHALSKREFT
Vistad I, Cvancarova Småstuen M, Kristensen GB
- 23 PROFYLAKTISK BSO VED HEREDITÆR OVARIAL-OG MAMMACANCER: FØLGES ANBEFALINGENE OM POSTOPERATIV HORMONSUBSTITUSJON?
Veddeng A, Engelsen IB, Vetti HH, Iversen OE
- 24 ET SPØRSMÅL KAN VÆRE NOK- "SELV RAPPORTERT HELSE" I KONTROLLER AV KVINNER SOM ER BEHANDLET FOR EPITHELIAL EGGSTOKKREFT
Liavaag AH, Dørum A, Fosså SD, Tropé C, Dahl AA

16.30-18.00

Generalforsamling

19.30

Bankett Radisson SAS Hotell Fredrikstad

Lørdag 5 . september

08.30-10.30

Obstetikk: Fokus på prematuritet

- Preterm fødsel - et økende problem: Hva gjør vi? (Susanne Albrechtsen)
- Preterm fødsel og infeksjon: årsaker og behandling (Nils-Halvdan Morken)
- Preterm fødsel - medisinske og sosiale implikasjoner (Ann-Mari Brubakk)

11.00-12.00

Frie foredrag sesjon 4: Generell gynekologi

- 25 DESENTRALISERT MONITORERING AV STIMULASJON TIL ASSISTERT REPRODUKSJON (ART)
Montzka P, v. Düring V
- 26 A RANDOMIZED TRIAL COMPARING CHANGES IN SEXUAL HEALTH AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AFTER SUBTOTAL AND TOTAL HYSTEREKTOMY.
Ellström Engh M, Jerhamre K, Junskog K
- 27 TVT, TOT OG TVT-O. HVILKE SLYNGEBEHANDLING ER BEST. RESULTATER FRA NUGG-DATABASEN
Dyrkorn OA, Kulseng-Hanssen S, Sandvik L
- 28 UTVÄRDERING AV OPERATIONSRESULTATEN VID FRÄMRE PLASTIK MED ICKE ABSORBERBAR SYNTETISK IMPLANTAT (PERIGEE) OCH SAMTIDIG JÄMFÖRELSE AV RESULTATEN MED LIKVÄRDIG STUDIE RESULTAT OCH DATA FRÅN LITTERATUREN.
Waldner J
- 29 MYOMEKTOMI;-EFFEKT PÅ BLÖDNINGER, SMERTER OG LIVSKVALITET.
Majak G, Lieng M, Istre O, Qvigstad E
- 30 PCOS, GRAVIDITET OG METFORMIN: INKLUSJONSDATA FRA PREGMET-STUDIEN
Vanky E, Stridsklev S, Skogøy K, Kleggetveit O, Hjelle S, von Brandis P, Eikeland T, Flo K, Berg KF, Bunford G, Lund A, Bjerke C, Almås I, Berg AH, Danielson A, Lahmami A, Carlsen SM

12.00-13.00

Lunsj

13.00-14.00

Frie foredrag sesjon 5: Obstetikk

- 31 ANTIBIOTIKAPROFYLAKSE VED KEISERSNITT - RETNINGSLINJER OG PRAKSIS - DATA FRA NORSK OVERVÅKNINGSSYSTEM FOR SYKEHUSINFEKSJONER
Sæther A, Løwer HL, Eriksen H-M, Skjeldestad FE
- 32 OM Å NÅ SINE MÅL - OG VEL SÅ DET! REDUKSJON AV INFEKSJONSFØREKOMST ETTER KEISERSNITT VED SYKEHUSET ASKER OG BÆRUM
Dyrkorn OA, Walberg M, Kristoffersen M
- 33 RISIKOFAKTORER FOR STOR BLØDNING VED KEISERSNITT
Kolås T, Øian P, Skjeldestad FE
- 34 SPONTAN UTERUSRUPTUR HOS TREDJEGANGSFØDENDE, EN KASUISTIKK
Svensen Ø
- 35 DO PREGNANCIES WITH PREECLAMPSIA HAVE SMALLER PLACENTAS? A POPULATION STUDY OF 317 688 PREGNANCIES WITH AND WITHOUT GROWTH RESTRICTION IN THE OFFSPRING
Eskild A, Vatten LJ
- 36 OVERVEKTIGE KVINNER MED STIGNING I FASTENDE BLODSUKKER I SVANGERSKAPET HAR ØKT RISIKO FOR Å FØDE MAKROSOME BARN
Voldner N, Qvigstad E, Frey Frøslie K, Godang K, Henriksen T, Bollerslev J

14.00

Avslutning. Priser for beste foredrag og beste poster.

Postere

- 37 ANDROGENNIVÅER HOS MOR UNDER GRAVIDITETEN OG AMMING
Vanky E, Jacobsen G, Carlsen SM
- 38 KONSEPSJONSMÅTE OG SVANGERSKAPSUTFALL HOS PCOS KVINNER
Vanky E, Backe B, Carlsen SM
- 39 STREPTOKOKK A SEPSIS ETTER ENDOMETRIE BIOPSI, CASE REPORT.
Henning K, Hoel H.
- 40 INFLAMMASJONSMARKØRER VED ENDOMETRIOSE: REDUSERT PERITONEAL NØYTROFIL GRANULOCYTTRESPONS VED MINIMAL ENDOMETRIOSE
Riley CF, Moen MH, Videm V
- 41 ENDRET VENSTRE VENTRIKKELS SYSTOLISKE OG DIASTOLISKE FUNKSJON UNDER NORMALE SVANGERSKAP
Estensen ME, Grindheim G, Henriksen T, Aaberge L, Smiseth OA, Gullestad L, Aakhus S
- 42 ER SEINVIRKNINGENE ETTER PROVOSET ABORT FORSKBARE?
Iversen GA, Løkeland ME, Fjereide AK, Bjørge L, Iversen OE
- 43 EKSTRA TILSKUDD ENERGI-RIKT DRIKKE UNDER FØDSEL HAR INGEN EFFEKT PÅ VARIGHETEN AV FØDSELEN HOS NULLIPARA: ET RANDOMISERT, DOBBELT-BLINDT, PLACEBO-KONTROLLERT STUDIE.
Kardel KR, Henriksen T, Iversen PO
- 44 PND I TRONDHEIMSOMRÅDET
Solem R, Ekle K
- 45 PREDIKTORER FOR FØDSELSVEKT HOS GUTTER OG JENTER
Voldner N, Frey Frøslie K, Godang K, Bollerslev J, Henriksen T
- 46 PSYKISKE ETTERVIRKNINGER ETTER FØRSTE TRIMESTER SVANGERSKAPSAVBRUDD - EN LITTERATUREVALUERING
Skjeldestad FE, Norderhaug I
- 47 CAN PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING REVERSE PELVIC ORGAN PROLAPSE AND REDUCE PROLAPSE SYMPTOMS? A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL
Brækken IH, Majida M, Ellström Engh M, Bø K
- 48 VENTILTROMBOSE HOS GRAVIDE MED MEKANISK HJERTEVENTIL
Smith C, Jacobsen AF, Wergeland H, Arnesen H, Eritsland J, Sandset PM, Abildgaard U
- 49 I ASSOSIASJONEN MELLOM BMI OG FØDSELSVEKT: ER FASTENDE GLUKOSE OG INFLAMMASJON MEDIATORER?
Friis CM, Frøslie KF, Røislien J, Voldner N, Bollerslev J, Henriksen T
- 50 ØKT PCOS FOREKOMST HOS KVINNER SOM HAR FØDT FOR TIDLIG
Eilertsen T, Vanky E, Carlsen SM
- 51 ANALSLIMHINNEN HOS 0-GRAVIDA OG HOS INKONTINENTE - UNDERSØKT MED VAGINAL 3D-ULTRALYD
Olsen IP, Wilsgaard T, Kiserud T
- 52 THE PREDICTIVE VALUE OF USING PESSARY AND SPECULUM FOR STRESS INCONTINENCE AFTER PROLAPSE SURGERY
Ellström Engh M, Ekeryd A, Magnusson Å, Olsson I, Otterlind L, Tobiasson G
- 53 BEKKENLØSNING I SVANGERSKAPET: BETYDNINGEN AV PARITET
Bjelland EK, Eskild A, Johansen R, Eberhard-Gran M
- 54 'ARE THINGS GETTING ANY BETTER?'
USING VACUUM EXTRACTION AS A MARKER OF OBSTETRIC CARE. A COMPARRISON OF TWO PERIODS IN A REGIONAL HOSPITAL, MALAWI
Alnæs-Katjavivi P, Iversen T, Rykkje K, Meguid T
- 55 ERFARINGER FRA BRUK AV LAPAROSKOPI SIMULATOR I SPESIALISTUTDANNINGEN.
Goderstad JM, Westgaard G
- 56 VACCINATION AGAINST HUMAN PAPILLOMAVIRUS – AN IMPACT ON PRETERM DELIVERY? ESTIMATIONS BASED ON LITERATURE REVIEW.
Sjoberg KD, Eskild A
- 57 HPV-VAKSINEN HJELPER DEN?
Eskild A
- 58 KAN STIGNINGEN I FOREKOMSTEN AV OBSTETRISK ANAL SFINKTERSKADER FORKLARES VED ENDRINGER I FØDSELSPOPULASJONEN OG OBSTETRISKE RUTINER?
Baghestan E, Børdahl PE, Irgens L, Rasmussen SA
- 59 FEMINA - EFFEKTEN AV Å IMPLEMENTERE RETNINGSLINJER FOR UTREDNING AV KVINNER MED LITE LIV OG ENHETLIG INFORMASJON TIL GRAVIDE
Tveit JVH, Saastad E, Stray-Pedersen B, Børdahl PE, Frøen JF

I KOMBINASJON AV MISOPROSTOL OG ØSTRADIOL TIL CERVIXMODNING HOS POSTMENOPAUSALE KVINNER

Oppegaard KS¹, Lieng M², Berg A², Istre O², Qvigstad E², Nesheim B-I²

¹Gynekologisk avdeling, Klinikk Hammerfest, Hammerfest; ²Kvinneklivnikken, Oslo universitetssykehus Ullevål.

Bakgrunn. Dilatasjon av livmorhalsen før operativ hysteroskopi hos postmenopausale kvinner kan være vanskelig. Vi har tidligere prøvd å modne livmorhalsen med misoprostol før å gjøre inngrepet lettere men dette har vist seg å ikke være effektivt. Hos premenopausale kvinner, derimot, var misoprostol effektivt. Vi ønsket derfor å undersøke om forbehandling med østrogen ville øke effekten av misoprostol på livmorhalsmodning hos postmenopausale kvinner.

Metode. Alle postmenopausale kvinner som ikke brukte hormoner, eller hadde hatt kreftsykdom, henvist til operativ hysteroskopi på gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus Ullevål, mellom 1. desember 2007 og 27. april 2009, fikk tilbud om å delta i prosjektet. Forsøket var en randomisert dobbel-blind placebokontrollert sekvensiell studie, planlagt og utført etter CONSORT-anbefalingene. Grensene for den sekvensielle analysen var beregnet ut fra et hovedendepunkt på en forskjell i livmorhalsdilatasjon på 1 mm, med signifikansnivå 5% og styrke 95%. Kvinnene ble randomisert til enten 1000 mikrogram selvinnført vaginal misoprostol 12 timer før inngrepet, eller placebo. Alle kvinner brukte 25 mikrogram vaginal østradiol (Vagifem[®]) daglig i 14 dager før inngrepet.

Resultater. 67 postmenopausale kvinner ble inkludert før testgrensene ble krysset. Gjennomsnittlig forskjell i preoperativ livmorhalsdilatasjon mellom placebo og misoprostolgruppen var 1 mm (95% konfidensbelte 0.2-1.7). Gjennomsnittlig livmorhalsdilatasjon i misoprostolgruppen var 5.7 mm (standardavvik 1.6) og 4.7 mm (1.5) i placebogruppen. I misoprostolgruppen var det 88% av kvinnene som hadde en preoperativ livmorhalsdilatasjon på \geq 5 mm, sammenlignet med 59% i placebogruppen. I placebogruppen var det syv kvinner (21%) som var vanskelig å dilatere, sammenlignet med en kvinne (3%) i misoprostolgruppen. Det var ingen alvorlige bivirkninger, og det var ingen statistisk signifikant forskjell i abdominal smerteopplevelse preoperativt mellom de to gruppene. Alle kvinnene klarte å gjennomføre forbehandlingen selv, og 91% syntes at dette var en akseptabel metode.

Konklusjon. Etter forbehandling med lokal østradiol i 14 dager har 1000 mikrogram selvinnført vaginal misoprostol kvelden før operativ hysteroskopi en signifikant modningseffekt på livmorhalsen sammenlignet med placebo hos postmenopausale kvinner. Denne behandlingen er trygg, enkel, billig, lett å gjennomføre og akseptabel for kvinnene.

Generell gynekologi

2 SAMMENLIKNING AV TO MINI-INVASIVE KIRURGISKE METODER FOR MENORRHAGI

Velken M, Vistad I

Kvinneklivnikken, Sørlandet Sykehus, Kristiansand

Bakgrunn. Prevalensstudier viser at hver tredje kvinne har hatt blødningsforstyrrelser en eller annen gang i løpet av sin fertile alder. Siden 1980-tallet er det blitt introdusert ulike mini-invasive kirurgiske metoder for å fjerne livmorslimhinnen ved menorrhagi. Intrauterin ballongterapi (UBT) og bipolar endometri-ablasjon (BEA) er to metoder som er mye brukt. Det er imidlertid publisert få studier som sammenlikner de to metodene. Siden 1995 har vi utført slik mini-invasiv kirurgi ved Sørlandet sykehus Kristiansand. De første årene brukte vi UBT, fra 2001 til 2003 brukte vi begge metodene og fra 2004 kun BEA. Resultatene fra 1999 – 2007 presenteres.

Metode. Indikasjon for operasjon var menorrhagi uten sterk dysmenorrhoe. Normal pipelle fra endometriet og normal cervix-cytologi måtte foreligge. Kontraindikasjoner var submukøse myomer eller intramurale myomer over 4 cm. Prevensjonsbehov måtte være dekket og det måtte ikke være barneønske. De to gruppene ble ikke randomisert og valg av metode ble gjort ut fra avdelingens historiske rutine. Ballongsystemet ThermoChoice Gynecare (8 min ved 87 °C) og diatermiapparatet NovaSure 3-D Endometrial Ablation Technology ble brukt ved hhv UBT og BEA. Pasientene ble poliklinisk kontrollert etter 4 mndr og 16 mndr.

Resultater. Til sammen 121 pas ble behandlet i perioden 1999 – 2007, 24 pasienter med UBT og 97 pasienter med BEA. Median alder for operasjon var 41 år. Det var ingen signifikante forskjeller i alder, paritet, forekomst av muskelknuter eller bruk av blødningskontrollerende medikamenter mellom gruppene. 48% hadde forsøkt hormonspiral forut for inngrepet. 6/121 (5%) ble reinnlagt med ukomplisert endometritt, alle i BEA-gruppen. Ved 16 måneders kontrollen var 47% av kvinnene helt blødningsfrie i BEA-gruppen mot 8% i UBT-gruppen ($p < .001$). 85% av pasientene i BEA-gruppen var fornøyd med operasjonen, mot 61% i UBT-gruppen ($p = .003$). Logistisk regresjonsanalyse viste at den eneste variabelen viste at den eneste variabelen var om pasienten var fornøyd eller ikke, var operasjonsmetoden.

Konklusjon. Resultatene viser at begge metodene er trygg og effektiv behandling mot menorrhagi, og at den bipolare metoden gir bedre blødningskontroll og dermed høyere pasienttilfredshet enn ballongmetoden.

Generell gynekologi

3 VAGINAL HYSTERECTOMI SOM DAGBEHANDLING

Hauso W, Engh ME

Kvinneklivnikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog.

Bakgrunn. Vi har siden 2004 arbeidet med fast track prinsippet og halvert liggetiden for våre pasienter som opereres elektivt. Ved halvering av antall sengeplasser oppstod et akutt behov for å utnytte dagkirurgisk kapasitet maksimalt. Vi startet ett prøveprosjekt der vaginale hysterektomier reiser hjem operasjonsdagen. Vårt mål med prosjektet er å finne ut om det er mulig med fortsatt tilfredsstillende pleiekvalitet å sende hjem denne pasientgruppen operasjonsdagen.

Metode. Pasienter i ASA gruppe I-II med mulighet for tilsyn hjemme første natten mottok et skriv med peri- og postoperativ informasjon. Pasientene ble behandlet etter fast track prinsippet. Pasientdata som indikasjon for inngrepet, alder, BMI, blødningsmengde, komplikasjoner, uterus vekt, behov og årsak for innleggelse, VAS score for smerte og kvalme preoperativt, ved ankomst postoperativ avdeling, 1 og 3 timer postoperativt samt ved hjemreise ble registrert. Dagen etter inngrepet ble pasienten kontaktet per telefon med spørsmål om kvalme og smerte i løpet av natten, grad av fornøydhet, bruk av smertestillende og om pasienten ville anbefale behandlingen til en venn.

Resultater. Det er samlet inn data for 38 pasienter som er behandlet dagkirurgisk i perioden 17.02 – 05.05.09. Data er oppgitt som median range og i %. Alder var 46 år (35 – 76). BMI: 25,3(19,8 – 37,5). Hyppigste indikasjon var blødningsforstyrrelser/myoma uteri (22) og genitalt prolaps(15). 24 av 38 pasienter var i ASA gruppe I. Operasjonslengde: 49 minutter(30 – 89). 11 fikk i tillegg utført plastikker: Blødning 100 ml(20 – 400). Tid på postoperativ var 280 min(90-540). Preparatvekt: 107 g(28 -596). 4 pasientene ble innlagt gynekologisk avdeling en natt, tre pga smerter og en pga sosiale hensyn. Ingen alvorlige komplikasjoner er registrert. Kvalme var et lite problem for pasientene. VAS score ved smerter: 0 ved ankomst postoperativ, 1 time postoperativt 3(0-10), 3 timer postoperativt 2(0-7), ved hjemreise 2(0-7) og første natt hjemme 4(0-9). Grad av fornøydhet vurdert med VAS score er 9(3-10), 28 av 30 pasienter kunne anbefale behandlingen til en venn.

Konklusjon. Undersøkelsen viser at vaginal hysterectomi kan gjennomføres som dagbehandling og at de fleste pasientene er svært fornøyde.

4 KLINISK EFFEKT AV TRANCERVICAL POLYPPRESEKSJON HOS KVINNER MED ENOMETRIEPOLYPPER: EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE

Lieng M¹, Istre O¹, Sandvik L², Engh V³, Qvigstad E¹

¹Kvinneklivnikken, ²Kompetansesenteret for klinisk forskning, ³Patologisk anatomisk avdeling, Oslo Universitetssykehus Ullevål.

Bakgrunn. Endometriepolypper forekommer relativt ofte hos både pre- og postmenopausale kvinner. Endometriepolypper er en vanlig årsak til blødningsforstyrrelser, men diagnostiseres også tilfeldig hos asymptotiske kvinner. Transcervical reseksjon er anbefalte metode ved behandling av kvinner med endometriepolypper.

Hovedmålet ved denne studien var å evaluere den kliniske effekten av transcervical reseksjon av endometriepolypper hos premenopausale kvinner.

Metode. Randomisert kontrollert studie. 150 premenopausale kvinner med funn forenlig med endometriepolypp ved transvaginal ultralydundersøkelse med intrauterin saltvannsinntasjonaljon ble inkludert og randomisert til transcervical polyppreseksjon eller observasjon i seks måneder.

Primært endepunkt var blødningsmengde ved menstruasjon estimert ved et blødningskart (Pictorial blood assessment chart, Pbac) seks måneder etter inklusjon. Blødningsmengde ved menstruasjon estimert med 10 punkts visuell analog skala (VAS), tilstedeværelse av gynekologisk symptomer og serum nivå av ferritin og hemoglobin seks måneder etter inklusjon var sekundære endepunkter. Dataene ble analysert etter intention-to-treat prinsippet.

Resultater. Blødningsmengde målt med Pbac var lik i de to gruppene av kvinner seks måneder etter henholdsvis behandling og observasjon. Signifikante forskjeller mellom gruppene ble påvist for to sekundære endepunkter: kvinner i behandlingsgruppen hadde større reduksjon av blødningsmengde ved menstruasjon i løpet av studieperioden estimert med 10 punkts VAS (gjennomsnittlig differanse 0.70; 95 % KI: 0.11-1.30, p=0.02) og lavere forekomst av gynekologiske symptomer seks måneder etter inklusjon (7/75 versus 28/75, p<0.001).

Konklusjon. Transcervical reseksjon av endometriepolypper har god effekt på gynekologiske symptomer. Den observerte differensen i blødningsmengde i de to gruppene seks måneder etter inklusjon var liten og neppe klinisk signifikant.

Generell gynekologi

5 ANTALL ANTRALE FOLLIKLER KORRELERER MED ANTI MÜLLERSK HORMON

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

¹ Avdeling for kvinnesykdommer og fødselshjelp, Sykehuset Namsos, ²Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, ³Enhet for anvendt klinisk forskning, Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin, NTNU, Trondheim, ⁴ Institutt for laboratorimedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU, Trondheim ⁵ Avdeling for endokrinologi, St. Olavs hospital, Trondheim, Norge.

Bakgrunn. For tidlig fødsel er et klinisk problem som medfører økt sykkelighet, spesielt for barnet. Årsakene til for tidlig fødsel er ikke til fulle kjent. Nyere data indikerer at kvinner med polycystisk ovarialsyndrom (PCOS) har økt forekomst av for tidlig fødsel. Vi undersøkte derfor kvinner som hadde født for tidlig for å se om de skilte seg fra andre kvinner mht endokrinologiske og metabolske parametre. Vi presenterer her resultatene fra ultralydundersøkelsen og analysene av anti müllersk hormon (AMH).

Metode. 133 kvinner som hadde født for tidlig ble sammenlignet med 129 kvinner som hadde født til termin. Alle gjennomgikk gynekologisk undersøkelse med transvaginal ultralydundersøkelse av ovarier. Antall ovarialfollikler mellom 2 og 8 millimeter ble telt og registrert for begge ovarier. Ovarialvolum ble beregnet ut fra ovarialdiameter målt i tre plan. Nivået av AMH ble målt i serum. PCOS diagnosen ble stilt etter Rotterdam konsensus diagnosekriterier.

Resultater. Det var en signifikant lineær sammenheng mellom antall follikler påvist ved ultralyd og nivået av AMH i serum.

Konklusjon. AMH nivåene korrelerer til antall follikler i ovariene. AMH kan kanskje erstatte transvaginal ultralydundersøkelse i større kliniske og epidemiologiske studier, og på sikt kanskje også i kliniken.

Generell gynekologi

6 BEHANDLING AV ENTEROGENITALE FISTLER: ET 15-ÅRS MATERIALE

Trovik J¹, Kiserud T¹

¹KK, Haukeland Universitetssykehus

Bakgrunn. Fistler som involverer tarm gir betydelig besvær i form av avføringsinkontinens. Ved vaginal affeksjon vil kvinnen ofte konsultere gynekolog. Vår avdeling har interessert seg spesielt for denne tilstand og vi presenterer her våre erfaringer.

Materiale og metode. 111 kvinner har i perioden 1995- 2009 vært utredet ved KK, Haukeland Universitetssykehus mhp enterogenital fistel. Resultat av undersøkelse og behandling er blitt prospektivt registrert. Vi ønsket å evaluere utkommet av de ulike fistel- og årsakskategorier.

Resultater. 93 kvinner (84 %) fikk påvist fistel. Vanligst var rektovaginal, 62 (67%), og rektoperineal fistel, 15 (16%). Isolert vaginoperineal fistel forekom hos 9 kvinner (10%). 7 kvinner (7%) hadde andre fistler. Fødselsskade var vanligste årsak og forelå hos 30 pasienter (32%), dernest inflammatorisk tarmsykdom 21 (22%), operativt inngrep 15 (16%) og infeksjon (divertikulitt, perineal infeksjon) 10 (11%). 23 kvinner (25%) hadde vært behandlet for cancer hvorav 11 (12 %) med strålebehandling.

5 pasienter (5%) hadde fistel som tilhelte i påvente av vår vurdering. 7 kvinner (8%) ønsket ikke behandling. Vaginal fistelplastikk ble utført hos 54 (58%) mens 6 høye fistler (7%) ble laparotomert. Enterostomi ble benyttet hos 53 kvinner (57%), alene eller i tillegg til fistelplastikk eller medikamentell behandling. Medikamentell behandling alene ble gitt til 8 kvinner (9%).

4 pasienter (4%) har ikke møtt til kontroll, 6 (7%) er under behandling, 71 er ferdig evaluert. Hos 55 kvinner (78%) er fistelen tilhelt, 16 (22%) har fortsatt fistel. 45 av 50 (90%) fistelplastikker var vellykket mot 3 av 6 (50%) ved medisinsk behandling eller 4 av 11 (36%) ved enterostomi alene.

Fistelårsak syntes viktig for fistellukningen: alle 25 obstetriske og 6 infeksjonsbetingete fistler ble lukket samt 13 av 15 (87%) kirurgisk betingete fistler: 8 av 14 (57%) inflammatoriske fistler og bare 1 av 9 (11%) strålefistler tilhelte.

Konklusjon. Vaginal fistelplastikk, evt kombinert med enterostomi, synes velegnet for behandling av enterogenitale fistler betinget i obstetrisk eller kirurgisk inngrep. Fistler forårsaket av inflammatorisk tarmsykdom er vanskeligere å behandle tross multidisiplinær tilnærming med kirurgi og medikamenter. Strålebetingete fistler har dårligst suksess med nåværende behandlingsregime.

7 HPV GENOTYPE DISTRIBUTION ACCORDING TO SEVERITY OF CERVICAL NEOPLASIA

Sjøborg KD¹, Tropé A², Jonassen CM³, Steinbakk M³, Jacobsen MB^{1,4}, Lie AK^{5,6}, Eskild A^{2,4}

¹Department of Obstetrics and Gynaecology, Oestfold Hospital Trust, Norway, ²Department of Obstetrics and Gynaecology, Akershus University Hospital, Norway, ³Department of Medical Microbiology, Akershus University Hospital, Norway, ⁴Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway, ^{5,6}Department of Pathology, Akershus University Hospital and Norwegian Radium Hospital, Oslo University Hospital, Norway.

Objective. To study the HPV genotype distribution as single and multiple infections according to the severity of cervical neoplasia.

Methods. We included all women (n=643) with histological confirmed CIN2/CIN3/ACIS or carcinoma in Østfold, Akershus and Hedemark during 2005 and 2006 in a cross sectional study. Histology revealed CIN2 in 135, CIN3/ACIS in 495 and invasive carcinoma in 13 of the women. HPV genotypes were detected by the LI based PCR test Linear Array which differentiates 37 HPV genotypes. Logistic regression adjusted for age was used to evaluate the role of different combinations of specific HPV genotypes according to severity of lesion. Single HPV infections except HPV16, 18, 31 and 33 were used as a reference.

Results. HPV was detected in 98.4% of the women of whom 52.5 % had multiple HPV infections. HPV16 was the most common genotype, detected in 51.3% of all women, followed by HPV31 (16.3%), HPV33 (15.2%), HPV52 (11.2%), HPV18 (10.9%), HPV51 (9.3%), and HPV45 (6.8%). HPV16 and/or 18 were detected in 58.0%. Also as single infection HPV16 was the most common genotype, detected in 21.2%, followed by HPV33, 31, 52 and 18. All HPV genotypes were more often present as multiple infections than as a single infection. HPV16 as single infection was associated with CIN3+ as compared to CIN2, adjusted OR 6.10 (CI:2.75-13.55). HPV33 as single infection was also associated with CIN3+, OR 4.53 (CI: 1.42-14.46). HPV18 and 31, as single infections, did not seem to be associated with CIN3+. Multiple HPV infections including HPV16 were associated with CIN3+, OR 2.27 (CI: 1.14-4.50). However, multiple infections without HPV16 were not associated with histology grade, odds ratio 1.57 (0.84-2.93).

Conclusions. HPV16 and HPV33 as single infections were associated with more severe cervical neoplasia, with a five to six fold estimated higher risk for CIN3+ versus CIN2. Multiple HPV infections including HPV16 were associated with more severe cervical neoplasia, but the risk was not higher as compared to infections with HPV16 alone. Our study provides valuable baseline knowledge about HPV genotype distribution among women with high-grade cervical neoplasia prior to the introduction of prophylactic HPV vaccination.

Generell gynekologi

8 SOMATISKE PLAGER HOS KVINNER MED RISIKO-REDUSERENDE SALPINGO-OOFORREKTOMI PÅ GRUNN AV ØKT RISIKO FOR ARVELIG BRYST-EGGSTOKKREFT

Michelsen TM^{1,2,3}, Tropé CG^{3,4}, Dørum A^{3,4}

¹Gyn/obst avd., Sørlandet Sykehus Arendal; ²Nasjonalt Senter for Kvinnehelse, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus; ³Universitetet i Oslo; ⁴Seksjon for Gynekologisk kreft, Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus.

Bakgrunn. Om lag 10% av nye eggstokkreft-tilfeller kan relateres til arvelig bryst-eggstokkreft. Livstidsrisikoen for eggstokkreft hos bærere av BRCA-mutasjoner er 13-46%, mot 1,3% i den generelle befolkningen. Risiko-reduserende salpingo-ooforektomi (RRSO) er den mest effektive prosedyren for å forebygge eggstokkreft hos kvinner med BRCA-mutasjoner. RRSO kan tenkes å gi økt risiko for annen somatisk sykdom. Vi har tidligere publisert en studie av metabolsk syndrom hos kvinner som har gjennomgått RRSO, men forekomsten av somatiske plager hos kvinner med RRSO er lite kjent. I denne tverrsnittstudien presenteres prevalens av selv-rapporterte somatiske plager hos en gruppe kvinner med RRSO sammenlignet med kontroller fra den generelle befolkningen.

Metode. Basert på operasjonsprotokoller ble 503 kvinner som hadde gjennomgått RRSO identifisert og invitert, og 338 (67%) leverte nok data til å bli inkludert i denne studien. Deltakerne besvarte spørreskjema om demografiske forhold og somatiske plager. Vi trakk fem aldersmatchede kontroller per RRSO-deltaker (N=1,690) blant kvinner med intakte eggstokker fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT-2).

Resultater. RRSO-gruppen hadde signifikant mer hjertebank (p=0.02), forstoppelse (p=0.01), smerter og stivhet (p=0.02), muskel-skjelettsykdom (p=0.01) og osteoporose (p=0.02) sammenlignet med kontrollgruppen. Etter justering for forekomst av osteoporose, var ikke assosiasjonen mellom å tilhøre RRSO-gruppen og smerter og stivhet statistisk signifikant (p=0.09). Etter justering for angstnivå, var assosiasjonen mellom å tilhøre RRSO-gruppen og hjertebank fortsatt signifikant (p=0.005).

Konklusjon. RRSO-gruppen hadde mer hjertebank, forstoppelse, muskel-skjelettsykdom og osteoporose enn kontrollgruppen. Disse plagene kan være relatert til østrogenmangel. Oppfølging av kvinner som har gjennomgått RRSO bør også fokusere på somatiske plager.

Generell gynekologi

9 NYE TRENDER INNEN LAPAROSKOPISK KIRURGI- AVANSERT LAPAROSKOPISK KIRURGI GJENNOM ETT INNSTIKK

Langebrette A, Alagic E, Busund B, Sachse K, Qvigstad E

Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus-Ullevål.

Bakgrunn Gjennom de siste 20 årene har det vært en rivende utvikling innen laparoskopisk kirurgi, der laparoscopi på mange områder har erstattet åpen kirurgi. Nye trender innen minimal invasiv kirurgi har blitt utviklet de senere årene.

Resultater og konklusjon. Laparoskopisk kirurgi utføres vanligvis med 3-4 inngangsporter. Gjennom de senere år har det innen eksperimentell kirurgi og i klinikken vært en utvikling mot ytterligere minimal kirurgi, der til dels komplisert kirurgi har blitt utført gjennom en inngangsport eller med instrumenter gjennom naturlige kroppsåpninger. Fordeler og begrensninger ved disse typer kirurgi uten operasjonsarr diskuteres. Vi presenterer også våre initiale erfaringer med denne form for avansert minimal laparoskopisk kirurgi, både adnexectomier og total laparoskopisk hysterectomi. Med en rask teknologisk utvikling vil disse laparoskopiske teknikker ganske sikkert anvendes i noe økende utstrekning i Norge, ikke minst etter ønske fra pasienter.

10 ANALKANALENS POSISJON UNDER KONTRAKSJON AV BEKKENBUNNEN UNDERSØKT MED 3D VAGINAL ULTRALYD

Olsen IP¹, Wilsgaard T², Kiserud T³

¹ Gynekologisk avdeling, Hamnerfest Sykehus, ²Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, ³Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen.

Bakgrunn. Viljestyrt kontraksjon av bekkenbunnsmuskulaturen er en viktig del av den komplekse anale kontinensmekanismen. Vi har undersøkt hvilken effekt kontraksjonen har på analkanalens dimensjon og posisjon.

Metode. Det ble rekruttert 20 friske 0-gravida og 24 analt inkontinente kvinner til studien. Alder, BMI og St. Marks inkontinensskår ble registrert. Kvinnene ble undersøkt med vaginal 3D-ultral lyd. I et sagittalt midt-kanal snitt målte vi den anorektale vinkelen definert som overgangen mellom analkanal og rectum, anatomisk sammenfallende med øvre begrensning på puborektalmuskelen. I samme sagittalsnitt målt den anovaginale vinkel som sees mellom den mest distale del av bakre vaginalvegg og analkanal. De to tilsvarende underliggende areal av slimhinnen ble målt i axialplan: øvre og nedre slimhinnekrans. Det ble brukt to-utvalgs- og parret t-test, med signifikansnivå $p = 0,05$

Resultater. De inkontinente kvinnene var gjennomsnittlig 60 år, hadde BMI på 27 og inkontinensskår på 11 (3-21). I 0-gravida gruppen var alderen 26 år, BMI 24 og inkontinensskår 0. Den anorektale vinkelen i hvile var 99° hos de inkontinente mot 89° i 0-gravida gruppen, $p = 0,18$. I knip var vinklene 87° mot 64°, $p < 0,001$. Den underliggende øvre slimhinnekrans hadde et areal på 1,3 mot 1,2 cm² i hvile og 1,2 mot 0,9 cm² i knip og var større under knip i inkontinensgruppen, $p = 0,38$ og $< 0,003$. I ytterste del av analkanal var den anovaginale vinkelen 51° mot 48° i hvile og 53° mot 58° i knip, $p = 0,45$ og 0,16. Den underliggende nedre slimhinnemansjetten var 1,6 mot 1,2 cm² i hvile og 1,5 mot 1,1 cm² i knip og på ny større i begge posisjonene i den inkontinente gruppen, $p < 0,013$ og 0,011.

Konklusjon. Viljestyrt kontraksjon av bekkenbunnsmuskulaturen fremkaller bøyning av analkanal i den ano-rektale overgangen og klemmer av slimhinnen hos de yngre 0-gravida kvinnene. Hos de eldre inkontinente kvinnene er analkanal stivere, det er ingen slimhinne-avklemning og effekten av bekkenbunnskontraksjon er mindre synlig eller helt mangelfull.

Obstetrikk

11 REDUSERT FOREKOMST AV ANAL SFINKTERRUPTURER UNDER FORLØSNING

Sjøborg KD¹, Uttgaard E¹, Laine K²

¹ Kvinneklivnikken, Sykehuset Østfold Fredrikstad, ²Kvinneklivnikken Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Bakgrunn. Vi ønsket å estimere andelen anal sfinkterrupturer i forbindelse med implementering av et intervensjonsprogram, samt å analysere rupturfrekvensen i tiden etter endt intervensjonsperiode. Vi ønsket også å analysere forskjellen i rupturfrekvens mellom Sykehuset Østfolds tre separate fødeavdelinger: en lege-styrt spesialavdeling, en legestyrt normalavdeling med mulighet for medikamentell smertelindring og en jordmorstyrt lavrisikoavdeling uten mulighet for medikamentell smertelindring.

Metode. Vi analyserte 12007 vaginale fødsler hvorav 1328 instrumentelle forløsninger fra begynnelsen av 2004 til utgangen 2008 ved Sykehuset Østfold. Aktiv intervensjon pågikk fra oktober 2005 til oktober 2006. Intervensjonen besto av opplæring og oppfølging av alle leger og jordmødre i støtteteknikk, langsom forløsning av barnets hode samt instruksjon av mor om å ikke trykke under forløsning av hodet. Det ble utdannet "eksperter" i støtteteknikk, 8 jordmødre og 2 leger, som deretter sertifiserte alle fødselshjelpere.

Resultater. Totalt ble andelen vaginale forløsninger (inklusive instrumentelle vaginale forløsninger) med anal sfinkterrupturer redusert fra 4,1% (99/2413) i 2004 til 1,2% (30/2458) i 2006 ($p < 0,001$). Rupturfrekvensen holdt seg stabil i ett år etter intervensjonsperioden på 1,2% (30/2444) i 2007. Andelen episiotomier økte fra 12,7% (306/2413) i 2004 til 22,8% (557/2444) i 2007. I 2008 har det vært en stigende tendens med en total rupturfrekvens på 1,8% (43/2452). Ved analysing av de instrumentelle vaginale forløsningene separat, var det en reduksjon av andelen sfinkterruptur fra 18,9% (44/233) i 2004 til 4,7% (14/299) i 2006, $p < 0,001$, og med en ytterligere synkende tendens i 2008 til 3,6% (11/308).

Rupturfrekvensen ved vaginale forløsninger ved spesialavdelingen, normalavdelingen og den jordmorstyrte fødestua var henholdsvis 0,6% (12/1928), 1,1% (23/2076) og 0,9% (10/1169) i 2007 og 2008 (eksklusive instrumentelle vaginale forløsninger)

Konklusjon. Intervensjonen medførte en reduksjon av anal sfinkterrupturer fra 4,1% til 1,2%.

Obstetrikk

12 RISIKOFAKTORER FOR OBSTETRISK ANAL SFINKTERSKADE

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

¹Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen, ²Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen, ³Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, ⁴Medisinsk fødselsregister, Statens institutt for folkehelse, Bergen

Bakgrunn. Obstetrisk anal sfinkterskade (OASS) er en alvorlig fødselskomplikasjon med 30-50 % risiko for anal inkontinens etter primær sutur. Kjennskap til risikofaktorer er nødvendig for å kunne redusere hyppigheten. Formålet med studien var å kartlegge sannsynlige risikofaktorer for OASS.

Metode. Studien er en populasjonsbasert kohortstudie basert på data fra Medisinsk fødselsregister. Vi inkluderte alle vaginale fødsler med ett barn i hodeleie registrert fra 1967-2004. Fødsler av kvinner med tidligere OASS eller som hadde født før 1967 ble ekskludert. Populasjonen ble delt i fire grupper: 1) Første vaginale fødsel, 2) Vaginal fødsel etter tidligere keisersnitt (VBAC), 3) Andre vaginale fødsel, 4) Fødsel hvor kvinnen tidligere har hatt minst to vaginale fødsler. Følgende variabler ble analysert: Fødselsår, mors alder, paritet, fødeland, utdannelse, røyking, diabetes, svangerskapsvarighet, fødselsinduksjon med prostaglandin, epiduralanalgesi, episiotomi, instrumentell forløsning, barnets fødselsvekt og hodeomkrets. Diabetes og episiotomi var kun registrert i fødselsregisteret etter 1999 og data for disse variabler er analysert kun for perioden 1999-2004.

Resultater. 1673442 kvinner ble inkludert. Vi fant signifikant sammenheng mellom OASS og mors alder 31-40 år, primiparitet, mor født i Afrika eller Asia, diabetes type 1 og svangerskapsdiabetes, induksjon med prostaglandin, episiotomi, instrumentell forløsning, vekt over 3500 g og hodeomkrets over 35 cm. Vi fant ingen sammenheng mellom OASS og mors utdannelse, røyking, diabetes type 2, svangerskapsvarighet eller epiduralanalgesi. Vi fant noe høyere risiko for OASS i gruppen VBAC enn ved første vaginale fødsel. Våre data viste ingen beskyttende effekt av episiotomi verken ved instrumentell eller ikke instrumentell forløsning.

Konklusjon. Primiparitet, instrumentell forløsning og høy fødselsvekt var de viktigste risikofaktorer for OASS. Episiotomi har ingen beskyttende effekt.

13 ØKT KONDISJON SENT I SVANGERSKAPET PREDIKERER KORTERE FØDSELSVARIGHET I NULLIPARA

Kardel KR¹, Johansen B², Voldner N³, Iversen PO¹, Henriksen T

³¹ Avd. for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo; ²Avd. for Lungemedisin, Rikshospitalet, Oslo; ³ Kvinneklivnikken Rikshospitalet, Oslo.

Bakgrunn. I liket med den generelle populasjonen er nivået av fysisk aktivitet inadekvat også blant gravide kvinner. Overernæring/fedme som en konsekvens av fysisk inaktivitet forlenger fødselsvarigheten og dermed risikoen for flere obstetriske implikasjoner som føtal sectio, asphyxia, infeksjoner og perineale skader. Veltrente kvinner som opprettholder fysisk aktivitet gjennom svangerskapet har kortere fødsel sammenlignet med dem som stopper treningen før slutten av første trimester. Mye mindre er kjent om det er relasjon mellom aerob kondisjon i en generell kohorte av nullipara og fødselsvarigheten.

Metode. I denne observasjonelle studie brukte vi maksimalt oksygen opptak i uke 35-37 som mål for aerob kondisjon blant nullipara kvinner med et foster. Varigheten av fødselen ble definert som tidsintervallet mellom 3 cm cervical dilatasjon med regelmessige uterine kontraksjoner og fødsel av barnet.

Resultater. Gjennomsnittlig (SD) maksimalt oksygenopptak var 2.1 (0.3) L/min og fødselsvarigheten var 583 (317) minutter. Fødselsvarigheten var omvendt assosiert med maksimalt oksygen opptak etter justering for fødselsvekt ($p=0.034$). Dette indikerer at en økning på 0.1 L/min (5%) i oksygen opptak vil redusere fødselsvarigheten med i gjennomsnitt 33 minutter. Vi registrerte ingen uønskede effekter på verken mor eller barn under målingene av maksimalt oksygen opptak.

Konklusjon. Måling av maksimalt oksygenopptak er trygt å utføre i uke 35-37 og økt aerob kondisjon er assosiert med kortere fødsel blant nullipara kvinner som startet fødselen spontant.

Obstetrikk

14 DIFFERENSIERT FØDSELSOMSORG I FØDEAVDELING - RISIKOSTATUS VED INNKOMST FØDEAVDELING OG ENDRING UNDER FØDSEL

Lippert T¹, Øian P^{2,3}, Nesje E¹, Koss KS¹ & Kristoffersen M¹

¹Kvinneklivnikken, Sykehuset Asker og Bærum, Bærum, ²Kvinneklivnikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø, ³Universitetet i Tromsø, Tromsø

Bakgrunn. Stortinget vedtok i 2001 og 2009 at norsk fødselsomsorg skal være desentralisert og differensiert, og at differensiert fødselsomsorg skal implementeres og evalueres også for de store fødeenhetene. **Metode:** Alle fødende fra mai 2004 til september 2006 ved Sykehuset Asker og Bærum HF ble ved innkomst til fødeavdelingen i fødsel og kontinuerlig under fødselen klassifisert til gruppene normalfødende og risikofødende, etter gitte kriterier for risikofødsel sammenfallende med fødestuer i distriktene. Uheldige utfall og komplikasjoner ble evaluert for de ulike risikogruppene.

Resultater. Ved ankomst fødeavdelingen var 62% klassifisert som normalfødende. Blant kvinnene som opprinnelig ble kategorisert som normalfødende, endret 47% status til risikofødende under fødselen. Kvinner kategorisert som risikofødende ved innkomst hadde 70 (95% KI 43-116) ganger økt risiko for operativ forløsning og 15 (95% KI 12-19) ganger økt risiko for en eller flere uheldige utfall eller komplikasjoner sammenliknet med normalfødende. Kvinner som endret status fra normalfødende til risikofødende under fødselen hadde 46 (95% KI 28-76) ganger høyere risiko for operativ forløsning og (95% KI 8-13) ganger høyere risiko for komplikasjoner eller uheldige utfall. Det var 1,9 (95% KI 1,3-2,7) ganger høyere risiko for at barnet ble overflyttet til barneavdeling dersom mor var eller ble risikofødende under fødselen. Førstegangsfødende som var eller ble risikofødende hadde 3,1 (1,4-7,6) ganger høyere risiko for sfinkterruptur sammenliknet med førstegang normalfødende. Det ble ikke påvist signifikante forskjeller for Apgar score <7 etter 5 minutter, fastsittende placenta, blødning >1500 ml eller uterusruptur for de ulike risikogrupperne. **Konklusjon:** To tredeler av kvinnene var normalfødende ved fødselsstart, en tredel ved forløsningen. Risikogruppe var en sterk prediktor for fødselsutfall, spesielt operative forløsninger.

Obstetrikk

15 EFFEKT AV HØY ALDER HOS MOR VED FØDSEL OG PARITET PÅ OBSTETRISK UTFALL I ENKELTFØDSLER

Wang Y¹, Ellingsen L¹, Henriksen T¹

¹Kvinneklivnikken Rikshospitalet, Oslo.

Bakgrunn. Mors gjennomsnittsalder ved fødsel har vært jevnt økende siden 1970-årene. I Norge var andel kvinner som var 35 år og mer da de fødte 17.1% i 2006. Til sammenligning var tilsvarende andel 11.6% i 1995. Høy alder hos mor ved fødsel (HAM) har vært angitt som øket risiko for flere obstetriske komplikasjoner, som preeklampsi, svangerskapsdiabetes, placenta løsløsning, tilveksthemming og preterm fødsel. Men de senere år har flere studier reist spørsmål om HAM som risikofaktor for obstetriske komplikasjoner. Dessuten er det få studier som har tatt hensyn til paritet i forhold til HAM. Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av HAM og paritet på obstetrisk utfall i enkeltfødsler.

Metode. En historisk kohort studie med fødselsdata fra 6619 enkeltfødsler (³ 24 svangerskaps uker) fra Rikshospitalet 2004-2007. HAM var definert som alder ³35 år. Obstetrisk utfall hos HAM kvinner versus ikke-HAM kvinner ble sammenlignet både hos nullipara og multipara med chi-kvadrat test i univariat analyse. Multiple logistisk regresjonsanalyse ble utført for å undersøke den selvstendige effekten av HAM. $P<0.05$ er definert som statistisk signifikansnivå. Odds ratios (ORs) med 95% konfidensintervall (95% KI).

Resultater. Totalt 2829 (42.7%) var nullipara og 1712 (25.9%) var HAM av kohorten på 6619.

Univariat analyse:

Nullipara: 448 (15.8%) var HAM. Sammenliknet med ikke-HAM hadde HAM høyere sectio-rate (35.3 vs 23.1%, $p<0.005$); tang/vakuump forløsning (21.7 vs 16.5%, $p<0.005$) og truende fosterhypoksi (23.7 vs 13.6%, $p<0.005$).

Multipara: 1264 (33.4%) var HAM. HAM hadde høyere sectio-rate (27.3 vs 19.9%, $p<0.005$) og postpartum blødning (15.0 vs 11.9%, $p=0.007$).

Det var ingen signifikante forskjeller i utbredelsen av andre uønskede obstetriske utfall inkludert preeklampsi, svangerskapsdiabetes, antepartum blødning, placenta løsløsning, seteleie, tilveksthemming, preterm fødsel, lav fødselsvekt <2500g og lav 5-minutt Apgar score verken hos nullipara eller multipara.

Multivariat analyse:

Hos nullipara var HAM selvstendig assosiert med sectioforløsning (ORs 2.07, 95% KI 1.62-2.64) og tang/vakuump forløsning (ORs 1.73, 95% KI 1.28-2.33).

Hos multipara var HAM bare assosiert med økt sectio-rate (ORs 1.49, 95% KI 1.27-1.76).

Konklusjon. Bruken av operativ forløsning er økt ved HAM, hos nullipara gjelder det både sectio og tang/vakuump, hos multipara er det bare økt sectio.

16 TEMPORAL CHANGES IN FETAL MORTALITY; DIFFERENT TRENDS FOR DIFFERENT GESTATIONAL AGES

Sarfraz AA¹, Samuelsen SO^{2,3}, Eskild A^{1,4}.

¹Department of Gynecology and Obstetrics and Medical Faculty Division, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway. ²Department of Mathematics, University of Oslo, Norway. ³Division of Epidemiology, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway. ⁴Division of Mental Health, Norwegian Institute of Public Health, Oslo.

Objectives: To assess temporal changes in gestational age specific fetal mortality in Norway during the period 1967-2006.

Design: Register based observational study.

Setting: Medical Birth Registry of Norway.

Population: All births after 16 weeks of gestation in Norway from 1967 thru 2006, a total of 2,337,775 births

Method: The over all perinatal mortality, fetal death rate and early neonatal mortality were calculated according to period. In addition fetal death risk in gestational weeks 16-22, 23-29, 30-36 and above 37 were estimated according to time period, applying Cox regression models, adjustment was made for maternal and paternal age, parity, plurality and preeclampsia.

Main outcome measures: Risk of perinatal death, fetal death and early neonatal death.

Results: Perinatal mortality declined from 22 per 1000 births in 1967-71 to 6 per 1000 births in 2002-2006.

Compared to 2002-2006, the fetal death risk at term (37 weeks+) was three and a half times higher in the beginning of our observation period (1967-71), adjusted relative risk (aRR) 3.50 (95% CI 3.1-3.9). The corresponding aRR for fetal death in gestational weeks 30-36 was 5.04 (95% CI 4.4-5.7) and 2.21 (95% CI 2.0-2.5) for gestational weeks 23-29.

In gestational weeks 16-22, the fetal death risk seems to have doubled since 1967-71, the aRR was 0.51 (95% CI 0.5-0.6) as compared to 2002-06.

Conclusion: The risk of fetal death is reduced by more than 50% in pregnancies with gestational age above 22 weeks, however, an increasing trend was observed in pregnancies with gestational age 16-22 weeks.

Keywords: Stillbirth, gestational specific mortality, fetal death, pregnancy, risk factors.

Obstetikk

17 IMMUNISERING MOT BLODTYPEANTIGENER: OM Å FEIE FOR EGEN DØR – OG LITT FOR ANDRES?

Berge LN¹, Akkøk CA², Heier HE²

¹Kvinneklinikken, Oslo Universitetssykehus Ullevål, ²Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin/blodbanken, Oslo universitetssykehus Ullevål.

Bakgrunn. Rh(D)-immunisering i forbindelse med svangerskap og fødsel er blitt en sjeldenhet. Dette skyldes mest sannsynlig profylakse med anti-D, som ble innført i Norge i 1969. Helsepersonell i svangerskapsomsorgen, fødeavdelinger, barneavdelinger og blodbanker har i stor grad bidratt ved å følge vedtatte retningslinjer for utredning og behandling. Den generasjonen helsepersonell som har hatt personlig erfaring med immunisering, er i ferd med å forlate yrkesaktivt liv. Vi ser det som viktig å videreføre kunnskap om disse pasientene, med vekt på mulige svake punkter i kommunikasjon og informasjonsoverføring.

Metode. Kliniske problemstillinger vil bli belyst gjennom anonymiserte kasuistikker. **Resultater.** Profylakse med anti-D er ikke alltid tilstrekkelig for å hindre immunisering. Mot andre blodtypeantigener finnes ikke tilsvarende profylakse. Det finnes eksempler på at kunnskapen om oppfølging av pasienter med antistoffer kan være mangelfull, i flere ledd av helsetjenesten.

Konklusjon. Alle aktører i svangerskaps-, fødsels- og nyfødtsomsorgen har et ansvar for å bidra til at immunisering unngås, og at gravide med antistoffer og deres barn får korrekt oppfølging.

Obstetikk

18 FORLØSNING MED KIELLANDS TANG – 4 ÅRS MATERIALE

Kessler J^{1,2}, Albrechtsen S¹, Augensen K¹

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

Bakgrunn. Ekstraksjon med vakuump eller Simpsons tang kan være vanskelig ved malrotasjon av fosterhodet. Korreksjon av malrotasjon er mulig ved hjelp av Kiellands tang. Det er motstridende data angående maternele og neonatale komplikasjoner knyttet til rotasjonsprosedyrer. Vi ønsket derfor å undersøke utfallet av rotasjonsprosedyrer med Kiellands tang ved vår avdeling.

Metode. Retrospektiv klinisk studie for tidsrommet 01.01.2005-01.06.2009. Inkludert ble alle enlige svangerskap der Kiellands tang har vært brukt eller forsøkt brukt.

Resultater. Kiellands tang ble brukt ved totalt 69 forløsninger; noe som utgjør 6% av totalt 1234 tangforløsninger ved hodeleie i observasjonsperioden. 57 (83%) var førstegangs fødende, 15 (22%) var indusert og 55 (80%) hadde ristimulering med oxytocin under fødselen. Alle unntatt én fødende hadde fått epiduralbedøvelse i løpet av åpningstiden, som også ble brukt for analgesi under rotasjonen. 4 fikk i tillegg anlagt pudendalblokkade, 3 spinal bedøvelse og én kvinne ble forløst i narkose. Ved 38 (55%) var den planlagte rotasjonen >120°, ved 31 (45%) ≤120°. Rotasjonen var vellykket hos 61 (88%). Etter oppgitt rotasjon ble fire kvinner forløst med Simpsons tang, to med vakuump ekstraksjon og to med keisersnitt.

Maternell morbiditet i form av perineal rift grad 3, dyp vaginal rift og/eller post partum blødning > 1000 ml ble funnet hos 30 (43%).

3 nyfødte (4%) hadde en Apgar score <7 etter 5 minutter, 11 (16%) ble overflyttet til nyfødtafdelingen. Det var ingen tilfeller av metabolsk acidose eller neonatale kramper. Hos 9 (13%) ble det påvist tangmerker; hvorav 3 hadde hematomer eller bloduttredelser. 1 tillegg hadde 2 nyfødte bloduttredelser.

Konklusjon. Rotasjonsprosedyrer med Kiellands tang var vellykket i en frekvens forenlig med tidligere publiserte studier. Det var ingen tilfeller med alvorlig maternele eller neonatal morbiditet knyttet til selve rotasjonsprosedyren. Videre prospektiv kvalitetssikring er nødvendig for å kunne dokumentere at forløsning med rotasjonstang kan opprettholdes som et alternativ ved vaginal operativ forløsning.

19 LYMFADENEKTOMI BIDRAR TIL IDENTIFIKASJON AV HØY- OG LAVRISIKO ENDOMETRIECANCER I EN PROSPEKTIV MULTISENTERSETTING

Trovik J^{1,2}, Wik E², Helland H¹, MoMaTEC studiegruppe*, Stefansson I^{3,4}, Akslen LA^{3,4}, Salvesen HB^{1,2}

*MoMaTEC study group Amant F⁵, Marcickiewicz J⁶, Tingulstad S⁷, Staff A⁸, Engh ME⁹, Oddenes K¹⁰, Rokne JA¹¹, Tjugum J¹², Lode MS¹³

¹KK, Haukeland Universitetssykehus, ²Inst. Klinisk Medisin Universitetet i Bergen, ³Gades Institutt Universitetet i Bergen,

⁴Avd. for Patologi Haukeland Universitetssykehus, ⁵Gynekologisk Onkologisk avdeling, Gasthuisberg, Leuven, Senter for Gynekologisk Onkologi, ⁶Sahlgrenska Universitetssykehus, ⁷Gynekologisk Avd. St.Olavs Hospital, ⁸Kvinnesenteret Ullevål Universitetssykehus, ⁹KK Akershus Universitetssykehus, ¹⁰KK Haugesund Sjukehus, ¹¹KK Sykehuset Vestfold HF, ¹²KK Sentralsjukehuset i Førde, ¹³Gynekologisk Avd. Ålesund sjukehus

Bakgrunn. Lymfadenektomi som del av operativ stadieinndeling inngår i rutinebehandlingen av endometriecancer. Påvisning av metastaser til lymfeknutene gir prognostisk informasjon, men det er uklart om lymfadenektomi påvirker overlevelsen. Vi ønsket å evaluere nytten av lymfeknutesampling i en prospektiv rutinesetting relatert til andre markører for prognose.

Materiale og metode. 845 kvinner med endometriecancer er inkludert i en prospektiv internasjonal multisenterstudie for kartlegging av kliniske og tumorbiologiske data relatert til lymfeknutestatus (MoMaTEC, <http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00598845>). Ti ulike sentra har inkludert pasienter fra 2001 med oppfølgingsdata tom mai 2009. Målet for adekvat lymfeknutesampling var definert som minst 10 lymfeknuter fra bekkenet.

Resultater. 611 av pasientene (72%) gjennomgikk lymfadenektomi med en medianverdi for antall fjernede lymfeknuter på 14 (0-65) hvorav 439 (72%) hadde utbytte på minst 10 lymfeknuter. 71 av de 611 (12%) fikk påvist metastaser til én eller flere lymfeknuter (range 1-11, median 2). Antall fjernede lymfeknuter var ikke signifikant korrelert til påvisning av metastaser. Lymfeknutemetastaser var signifikant korrelert til etablerte prognostiske faktorer som høyt kirurgisk FIGO stadium ($p < 0,001$), ikke-endometrioid histologisk subtype ($p < 0,001$) og høy histologisk grad ($p < 0,001$). Vi undersøkte sykdomsspesifikk overlevelse relatert til lymfeknutestatus i tre grupper: metastase negative, metastase positive og pasienter uten utført lymfadenektomi (FIGO IV ekskludert). Kvinner i lymfadenektomigruppen uten påviste lymfeknutemetastaser hadde best 5-års overlevelse på 92% sammenliknet med gruppen med lymfeknutemetastaser på 41% ($p < 0,001$). Gruppen som ikke hadde fått utført lymfadenektomi hadde en signifikant dårligere 5-års overlevelse på 85% sammenliknet med lymfeknute negative kvinner ($p = 0,01$). Gruppen uten lymfeknutesampling var signifikant eldre ($p < 0,001$), hadde tendens til mer overfladisk myometriinfiltrasjon ($p = 0,08$) men hadde lik fordeling for histologisk subtype og grad sammenliknet med lymfeknute negative kvinner.

Konklusjon. Lymfeknutesampling utført som ledd i rutinebehandlingen av endometriecancerpasienter i en multisenter setting gir nyttig prognostisk informasjon. Tross en tendens til mer overfladisk myometriinfiltrasjon i gruppen som ikke er samplet, har disse en dårligere overlevelse enn lymfeknute negative kvinner. Dette kan skyldes stadiemigrasjon på grunn av utført lymfadenektomi. Lymfeknutesampling gir et tryggere grunnlag for å utelate adjuvant behandling. Om lymfeknutesampling i seg selv har direkte betydning for overlevelse er fortsatt usikkert. Vi vil gå videre med å undersøke biomarkørers korrelasjon til lymfeknutestatus og overlevelse.

Cancer

20 ROBOT-ASSISTERT LAPAROSKOPIK KIRURGI I GYNEKOLOGISK ONKOLOGI; DE FØRSTE ERFARINGENE FRA RADIUMHOSPITALET OG 42 MÅNEDERS OPPFØLGING

Bilal Sert M¹, Eraker R²

¹ Norwegian Radium Hospital, ² Akershus University Hospital.

Bakgrunn. Dette studiet rapporterer våre første erfaringer med Da Vinci®, en tre armet Intuitiv Surgical robotic unit, i gyn-onkologiske operasjoner.

Metoder. En prospektiv database med 53 fortløpende registrerte kvinner med gyn-onkologisk sykdom, ble brukt i denne retrospektive analysen. Alle ble operert av samme kirurg og ved samme institusjon. Pasientene ble grundig informert om risikoaspektet ved hvert inngrep og om de potensielle behandlingmessige gevinster.

Resultat. 125 ulike prosedyrer ble utført, inkludert total robot assistert radikal hysterektomi ($n = 25$), "restaging" med total hysterektomi og bilateral salpingo-ooforektomi, total omentektomi, appendektomi, samt bilateral bekken- og para-aortal glandeldisseksjon. Gjennomsnittlig alder for pasientene var 45,8 (27-70) år; gjennomsnittlig operasjonstid, 219 (110-530) min; gjennomsnittlig konsoll tid, 170 (60-445) min, gjennomsnittlig estimert blod tap 57 (100-300) ml; gjennomsnittlige postoperative liggedøgn, 3 (1-6) døgn.

Der var ingen robot relaterte komplikasjoner. Ingen konverteringer til annen teknikk ble rapportert. 5 residiv og 2 dødsfall ble registrert under oppfølgingstiden.

Konklusjon. Vår preliminnære erfaring med robot kirurgi tyder på at det er en sikker teknikk, at det kan være et effektivt alternativ til både konvensjonell laparoskopi og åpen kirurgi. Man kan med dette ha en metode for å utføre komplekse radikale operasjoner med høyere presisjon og bedre utfall for pasienten.

Cancer

21 TRENDS IN ENDOMETRIAL CANCER INCIDENCE IN NORWAY 1953-2007

Lindemann K¹, Eskild A^{1,2,3}, Vatten LJ⁴, Bray F^{5,6}

¹Department of Obstetrics and Gynaecology, Akershus University Hospital, Lørenskog; ²Medical Faculty, Division of Akershus University Hospital, University of Oslo, Lørenskog; ³Division of Mental Health, Norwegian Institute of Public Health, Oslo; ⁴Department of Public Health, Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim; ⁵Department of Clinical and Registry-based Research, Institute of Population-based Cancer Research, Cancer Registry of Norway, Oslo; ⁶Department of Biostatistics, Institute of Basic Medical Sciences, University of Oslo, Oslo

Background. Endometrial cancer is the most commonly-diagnosed cancer of the female genital tract in developed countries. Monitoring the incidence is important for healthcare planning purposes and for the identification of risk factors. This study investigates the time trends in Norway according to calendar period and cohort of birth.

Method. We present an age-period-cohort analysis of incidence trends of uterine cancer in Norway over the period 1953-2007. To elucidate changes in risk factors we present and analyse trends in rates versus birth cohort and calendar period by five-year age group.

Results. There have been rapid mean annual increases in endometrial cancer incidence rates of 1.8% (95% CI: 1.4, 2.2) per annum over the period 1988-2007. The trends, however, differ by menopausal status. There was a significant mean increase in rates among postmenopausal women of 2.5% (95% CI: 2.0, 2.9). In premenopausal women a yearly decline of 0.5% (95% CI: -1.3, 2.8) was seen over the 20-year period, but a non-significant mean increase of 1.7% (95% CI: -0.4, 3.9) is observed in the last decade. The trends are quite complex, although it is evident that period and cohort effects are likely in operation.

Conclusion. These observations provide evidence of changes in several established risk factors over time. Even if there are further prospects of a preventive effect of oral contraceptives, the increasing trends in incidence rates across age groups – possibly related to the increases in obesity and decreases in fertility in the population – imply that endometrial cancer will become a more substantial public health problem in the future.

22 BEKKENSMERTER ETTER STRÅLEBEHANDLET LIVMORHALSKREFT

Vistad I¹, Cvancarova Småstuen M^{2,3}, Kristensen GB⁴

¹ Gynekologisk avdeling, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand,

² Avdeling for klinisk kreftforskning, Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet

³ Kreftregisteret, Oslo

⁴ Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet

Bakgrunn: De fleste studier som har sett på smerter etter strålebehandling mot bekkenet har fokusert på forekomsten av tretthetsbrudd i skjelettet. Det er derfor lite kunnskap om andre smerterelaterte senskader etter bekkenbestråling hos kvinner behandlet for lokal-avansert livmorhalskreft (LL). Hensikten med denne studien var å beskrive forekomsten av muskel/skjelettplager hos LL-overlevende, med hovedvekt på bekkensmerter; og sammenlikne resultatene med friske kvinner. I tillegg ønsket vi å studere sammenhengen mellom bekkensmerter og ulike relevante variabler. **Metode:** 91 kvinner behandlet for LL (FIGO stadium IB2 – IVA) i tidsrommet 1994 – 1999 ved Radiumhospitalet, ble inkludert i en tverrsnittstudie. Kvinnene svarte på et spørreskjema som det finnes befolkningsdata på.

Resultater: Det var ingen signifikante forskjeller mellom LL-overlevende og kontrollkvinner når det gjaldt forekomsten av osteoporose, artrose, og fibromyalgi. De kreftoverlevende kvinnene hadde imidlertid signifikant mer smerter i korsrygg og hofter enn de friske kvinnene ($p < .001$). Daglig bruk av smertestillende og sove medisiner var også signifikant høyere hos de LL-overlevende kvinnene ($p < .001$ og $p = .004$). Ukentlig til konstante plager var rapportert av 35 (39%) av de LL-overlevende. Disse kvinnene hadde signifikant høyere forekomst av depresjon (OR = 1.19, 95% CI 1.04-1.38) og lavere fysisk og mental livskvalitet (OR = 1.19, 95%CI 4.02-35.31 og OR = 3.76, 95%CI 1.22-11.63 hhv) enn de som ikke hadde bekkensmerter.

Konklusjon: LL-overlevende kvinner som har fått strålebehandling mot bekkenet har signifikant oftere bekkensmerter enn aldersjusterte kvinner i normalbefolkningen. LL-overlevende med bekkensmerter har også økt risiko for å være deprimerede og ha lavere livskvalitet. Det er viktig å fange opp disse kvinnene på etterkontroller; både for å optimalisere smertebehandlingen og avdekke eventuelt behov for antidepressiv behandling.

Cancer

23 PROFYLAKTISK BSO VED HEREDITÆR OVARIAL- OG MAMMACANCER: FØLGES ANBEFALINGENE OM POSTOPERATIV HORMONSUBSTITUSJON?

Veddegg A¹, Engelsen IB¹, Vetti HH², Iversen OE¹

¹ Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

² Regionalt kompetansesenter for arvelig kreft, Helse Vest, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

Bakgrunn: I Norge utføres profylaktisk bilateral salpingooforektomi (BSO) hos ca 500 pasienter årlig. De siste 10-15 årene har inngrepet blitt utført i økende grad hos både de med og uten påvist BRCA mutasjon. Premenopausal BSO er ikke uproblematisk. Det er publisert flere studier som viser økt generell dødelighet og høyere risiko for hjerte karsykdom etter premenopausal BSO. Kvinner som substitueres med østrogen i denne situasjonen affiseres ikke tilsvarende. I NGF's veileder i gynekologisk onkologi anbefales HRT etter profylaktisk BSO hos premenopausale kvinner. Vi ønsket som en kvalitetssikring å undersøke hvordan pasienter som har fått utført profylaktisk BSO på grunn av hereditær ovarial- og mammacancer er blitt behandlet ved vår avdeling, særlig med tanke på preoperativ genetisk veiledning, inngrepets kompletthet, postoperativ hormonsubstitusjon og postoperativ oppfølging.

Metode: Gjennomgang av elektronisk journal til pasienter med familær opphopning av ovarial- og mammacancer som har fått utført profylaktisk BSO ved KKB f.o.m. januar 2002 t.o.m. desember 2008. Det ble samlet opplysninger i et standardisert oppsett, og dataene ble bearbeidet i SPSS. Det ble blant annet sett på om pasientene hadde genmutasjon, familær anamnese m.h. på mamma-ovarialcancer, alder ved operasjon, teknisk utførelse av operasjon (skyllevæske, tuber+ovarian), histologisvar, postoperativ østrogensubstitusjon, profylaktisk mastektomi, og om de hadde mammacancer, hjerte karsykdom eller andre sykdommer.

Resultater: Ved kvinneklinikken i Bergen ble det f.o.m 2002 t.o.m 2008 utført profylaktisk BSO hos 69 pasienter. Dataene fra pasientjournalene er under bearbeidelse og vil bli presentert.

Konklusjon: Journalene redegjør ikke fullt ut for om norske retningslinjer følges når det gjelder behandling av pasienter med hereditær ovarial- og mammacancer. Dette gjelder spesielt anbefalingen om postoperativ hormonsubstitusjon. Vi synes derfor det er svært viktig å følge dette opp med en pasientrettet spørreundersøkelse.

Ref.:

1. Rocca WA, Lancet Oncol 2006;7:821-28

2. Parker WH et al. Obstet.Gynecol. 2009; 113:1027-

Cancer

24 ET SPØRSMÅL KAN VÆRE NOK- "SELV RAPPORTERT HELSE" I KONTROLLER AV KVINNER SOM ER BEHANDLET FOR EPITHELIAL EGGSTOKKREFT

Liavaag AH^{1,2}, Dørum A² Fosså SD³, Tropé C², Dahl AA³

¹Gynekologisk/ Obsterisk avdeling, Sørlandets sykehus HF, Arendal; ²Seksjon for gynekologisk kreft Det norske Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Oslo Universitetsklinikk ³, Seksjon for klinisk kreftforskning Radiumhospitalet, Oslo Universitetsklinikk HF.

Bakgrunn: Pasienter operert og etterbehandlet for epithelial eggstokkreft (EEK) har ofte mange forskjellige fysiske og psykiske symptomer; som kan være vanskelig å få fram ved en kort konsultasjon og kontroll. Kan et åpent spørsmål i form av selv rapportert helse (SRH) hjelpe oss å gjøre en bedre kartlegging? Funnene blir sammenlignet med aldersjusterte kontroller.

Metode: Studien inkluderer 189 (66 %) av 287 pasienter operert og etterbehandlet for EEK ved Radiumhospitalet i tidsrommet 1979 til 2003. Ut fra alder ble det trukket kontroller blant kvinner uten kreft og ooforektomi i et befolkningsmateriale (NORM) samlet inn av Kreftklinikken i 2004. Kvinner med EEK og NORM besvarte samme spørreskjema med standardinstrumenter for fysisk og psykisk helse, livskvalitet og angst/depresjon samt diverse spørsmål om helse og livsstil. SRH var basert på spørsmålet: "Hvordan mener du at helsen din har vært den siste uka?" i EORTC (European Organization and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire). Svarene ble dikotomert på median og delte pasientene inn i en "god" (høy score) og en "dårlig" (lav score) SRH gruppe, for internsammenligning og i forhold til kontrollene.

Resultater: EEK pasienter med "dårlig" SRH score hadde signifikant flere fysiske og psykiske symptomer enn de med "god" SRH score. Modellen med et SRH spørsmål fanget opp 70 – 77 % av variasjonen i de symptomene pasientene presenterte. En større andel av kontrollene sammenlignet med EEK gruppen hadde høy SRH score.

Konklusjon: Det åpne spørsmålet "Hvordan mener du at helsen din har vært den siste uka?" kan åpne for informasjon om fysiske og psykiske symptomer hos EEK pasientene i tillegg til de vanlige kreftrelaterte spørsmål og svar.

25 DESENTRALISERT MONITORERING AV STIMULASJON TIL ASSISTERT REPRODUKSJON (ART)Montzka P¹, Düring V²¹Kvinnelinikken, Helse Sunnmøre, Ålesund sjukehus, Ålesund; ²Fertilitetsseksjon, St. Olavs Hospital, Trondheim.

Bakgrunn. I 2003 ble et strukturert samarbeid angående monitorering av infertilitetspasienter mellom senterenheten Fertilitetsseksjonen i Trondheim og undertegnende ved satellittenheten Ålesund sjukehus etablert. Samarbeidet ble basert på bruk av identiske prosedyrer og regelmessig faglig utveksling. Hensikten med studien er å evaluere samarbeidsmodellen.

Metode. Fra høst 2003 fikk pasienter fra Ålesund område, som ble stimulert til enten in vitro fertilisering (IVF), mikroinjeksjon (ICSI) eller frozen embryo replacement (FER), tilbud om oppfølging ved Ålesund sjukehus inntil ovulasjonsinduksjon. Fra 01.01.04 ble ved siden av den vanlige dokumentasjon i Trondheim alle i Ålesund monitorerte kvinner registrert. I høst 2008 ble resultatene evaluert. Alle pasienter som ble behandlet fom. 01.01.04 tom. 01.09.08 ved Fertilitetsseksjonen i Trondheim ble inkludert. Svangerskapsratene av hhv. IVF, ICSI og FER behandlede kvinner ble sammenlignet mellom pasientgruppene som ble monitorert i enten Trondheim eller Ålesund.

Resultater. Totalt ble det gjennomført 4628 behandlinger; 1528 IVF, 1054 ICSI og 2046 FER sykler. Eksakt 10 % av kvinnene til hhv. IVF, ICSI og FER ble monitorert i Ålesund. Det var ingen forskjell angående varighet av infertilitet, alder, høyde og vekt mellom gruppene fra Ålesund og Trondheim. Følgende tabell viser graviditetsrater av de 3 behandlingsmetodene pr. tilbakeføring:

| | Samlet | St. Olavs | Ålesund | p-verdi |
|--------------|--------|-----------|---------|----------|
| Alle metoder | 28,9 % | 28,6 % | 31,5 % | n.s. |
| IVF | 34,7 % | 34,9 % | 32,7 % | n.s. |
| ICSI | 32,1 % | 31,8 % | 34,6 % | n.s. |
| FER | 23,3 % | 22,6 % | 28,6 % | p = 0,04 |

Konklusjon. Desentralisert monitorering av stimulasjon til assistert befruktning er ofte praktisert, men det finnes nesten ingen litteratur om effektiviteten av slike samarbeidsmodeller. Vår evaluering understreker, at et godt strukturert samarbeid ikke går utover behandlingskvaliteten. Det var ikke mulig å forklare den signifikante forskjellen i graviditeter etter FER behandling med noe annet enn muligens mer konsekvent gjennomføring av rutinene ved satellittenheten. Etter vår erfaring er et slikt suksessfylt samarbeid kun mulig, hvis personalet ved satellittenheten holder seg oppdatert i form av regelmessig vikariering eller hospitering ved senterenheten

26 A RANDOMIZED TRIAL COMPARING CHANGES IN SEXUAL HEALTH AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AFTER SUBTOTAL AND TOTAL HYSTEREKTOMYEilström Engh M¹, Jerhamre K², Junsog K²¹Dept of Obstetrics and Gynecology Akershus Universitetssykehus, Lørenskog.²Dept of Obstetrics and Gynecology Sahlgrenska University hospital Göteborg.

Background. During the last five years, three randomized controlled multicenter studies comparing subtotal and total hysterectomy have been performed examining a range of outcomes. The primary outcome of the two largest of these studies was incontinence, with sexual health as the secondary outcome. These studies differed in inclusion criteria with regard to age, menopausal status and body mass index. They both included patients who also underwent oophorectomies. No advantage of either procedure in terms of psychosexual well-being was found. We therefore performed a randomized study including only premenopausal women wanted to keep their ovaries intact, where the main outcome was sexual and psycho-social health after total and subtotal hysterectomy.

Methods. One hundred and thirty-two premenopausal patients scheduled for hysterectomy without planned oophorectomy, owing to benign disorders and without a history of cervical dysplasia or symptomatic prolapse were randomized to total hysterectomy (n = 66) or subtotal hysterectomy (n = 66). The McCoy scale was used to evaluate changes in sexual health and the Psychological General Well-Being Index was used to evaluate changes in psychological well-being. The differences in outcome before and one year after the hysterectomy were calculated for each individual, and the changes were compared between the two patient groups.

Results. Women who underwent to subtotal hysterectomy reported a significantly greater positive change in frequency of orgasm (p = 0.012) and sexual pleasure (p = 0.039) as compared with women who underwent total hysterectomy. There was a significantly larger health gain for the women who underwent subtotal hysterectomy as compared with total hysterectomy (p = 0.03).

Conclusions. Our results suggest that women undergoing subtotal hysterectomy experience a greater positive change in frequency of orgasm and extent of sexual pleasure after surgery than women undergoing total hysterectomy. The results must be interpreted with caution owing to the limited size of the study group.

27 TVT, TOT OG TVT-O. HVILKE SLYNGEBEHANDLING ER BEST. RESULTATER FRA NUGG-DATABASEN

Dyrkorn OA¹, Kulseng-Hanssen S¹, Sandvik L²

¹Kvinneklivnikken, Sykehuset Asker og Bærum; ²Forskningscenteret, Ullevål Universitetssykehus, Oslo

Bakgrunn. Å undersøke resultat og komplikasjonsfrekvens for retropubisk slyngbehandling (TVT) sammenlignet med slyngbehandling via transobturator (TVT-O og TOT), ved behandling av stressinkontinens. Metode. Prospektiv kohortstudie med 26 gynekologiske avdelinger. Pasienter som gjennomgikk TVT, TVT-O eller TOT i tidsrommet januar 2004 til januar 2008, og som hadde fullført postoperativ evaluering ble inkludert. Pasienter som også ble operert for genital descens, ble ekskludert. Preoperativt besvarte pasientene et validert spørreskjema, utførte 24-t bleietest og standardisert stresstest. Pasienten ble bedt om å angi i hvilke situasjoner hun opplevde stresslekkasje, hvor ofte og hvor mye hun lekket. Tilsvarende anga hun hvor ofte hun lekket ved trang og hvor mye hun lekket. Fra besvarelsen ble det beregnet en stressinkontinens- og urgeinkontinensindeks. Disse hadde skalaer fra 0-12 og 0-8. Høy indeks var assosiert med stor grad av lekkasje og subjektivt besvær. Valg av kirurgisk metode ble tatt av utførende kirurg. Postoperativt gjentok pasienten spørreskjemaet, 24-t bleietest, stresstest og anga tilfredshet med inngrepet. Komplikasjoner ble registrert av utførende kirurg eller sykepleier.

Resultater. 5942 pasienter ble inkludert i studien. Av de pasientene som fullførte postoperativ evaluering, ble 4285 pasienter operert med TVT, 732 med TVT-O og 366 med TOT. Oppfølgingsfrekvensen var henholdsvis 91,3 %, 86,8 % og 90,0 %. Gjennomsnittlig evalueringstid var 9 måneder. Preoperativt ble det ikke sett signifikante forskjeller i TVT-gruppen sammenlignet med TVT-O eller TOT-gruppen med hensyn til alder, stressindeks, grad av lekkasje ved stresstest og 24-t bleietest. Det ble sett små, men signifikante forskjeller i BMI. Pasienter som gjennomgikk TVT-O, hadde en signifikant høyere urgeinkontinensindeks preoperativt sammenlignet med TVT, men dette ble justert statistisk ved analyse av det postoperative resultatet. Postoperativt var TVT signifikant bedre enn TVT-O på alle subjektive og objektive resultatvariabler, men det var signifikant flere blæreperforasjoner og urinretensjoner. TVT sammenlignet med TOT, var signifikant bedre med hensyn til stressinkontinensindeks, grad av lekkasje ved stresstest og pasienttilfredshet, men hadde signifikant flere blæreperforasjoner og hematomer.

Konklusjon. TVT har bedre resultat enn TVT-O og TOT, men risikoen for komplikasjoner er høyere. Avdelinger som har dårligere operasjonsresultater med TVT-O og TOT enn det som oppnås nasjonalt med TVT, bør enten forbedre operasjonsteknikken eller gjeninnføre TVT som førstevalg.

28 UTVÄRDERING AV OPERATIONSRESULTATEN VID FRÄMRE PLASTIK MED ICKE ABSORBERBAR SYNTETISK IMPLANTAT (PERIGEE) OCH SAMTIDIG JÄMFÖRELSE AV RESULTATEN MED LIKVÄRDIG STUDIE RESULTAT OCH DATA FRÅN LITTERATUREN

Waldner J,

Gynekologisk avdelning, Hammerfest Sykehus

Bakgrunn. Cystocele är den vanligaste manifestationen av POP. Deffekten i den främre kompartment är den svåraste att rekonstruera och den postoperativa recidiv frekvensen är högst, 28-50%. Vid recidiver samt vid svåra cystocelen har användandet av implantat gett hopp om lovande behandlingsresultat. På gyn avd i Hammerfest har det använts Perigee sedan 2007. Utgångspunkten för studien var kvalitetsbedömning av våra resultat i förhållande till två aspekter: referenser i litteraturen om resultatet vid vaginal plastikk med syntetisk implantat (meta analys av 47 studier ,2008) , likaså att sammanlikna våra op indikationer; resultatet med likvärdig studie resultat (australiensisk studie, Nepea Hospital, publ 2008).

Metod. Retrospektiv studie av 33 kvinnor i tidsintervallen januari 2007 till januari 2009.

Medelluppföljningstid är 14 månader. Samtliga opererades med Perigee i vissa fall kombinerade med andra vaginala ingrepp. Alla 33 genomgått post op kontroll med samtal och gyn undersökning. Datainsamlingen bygger på journaluppgifter: Operations resultatet uttrycks i kurativitet, postoperativ komplikation som nät erosion samt recidiv. Jämförelse av resultatet med data från metaanalys av 47 studier från 2008 och med studieresultat från Australien 2008, där jämföres även preoperativ patientdata så som kvinnors ålder; paritet, tidigare kirurgi vaginalt och i lilla bäckenet. Det jämföres även de konkomitenta vaginala ingreppen.

Resultat. Erosion av nät förekommer i vårt material hos 9% av patienterna (3 av 33), enligt metaanalysen er frekvensen 9%, i australisk undersökning 6,5%. Recidiv i vår data är 3% (1 pat), metaanalysen anger 9%, australisk data är 13%. Våra opererade kvinnor matchar bra den australiska patienterna i ålder; paritet, tidigare gynekologisk kirurgi och med Perigee kombinerade ingrepp typ.

Konklusjon. Vår operationsresultat håller god nivå. Op indikation, op teknik och patientuppföljning er god. Metoden rekommenderas för patienter över 70 år; med recidiv prolaps, primär lateral deffekt, eller primär stor cystocele. Det saknas data om långsiktig uppföljning och ev sena komplikationer; lika så kunskap om metodens lämplighet hos yngre kvinnor i första hand avseende vaginas sexuella funktionalitet efter nät-implantat.

Noggrann information om postoperativ förhållningsätt är central för gott resultat.

29 MYOMEKTOMI;-EFFEKT PÅ BLÖDNINGER, SMERTER OG LIVSKVALITET

Majak G¹, Lieng M¹, Istre O¹, Qvigstad E¹

¹Kvinneklivnikken, Oslo Universitetssykehus Ullevål, Oslo.

Bakgrunn. Uterine myomer er en vanlig forekommende godartet tumor hos kvinner; og er rapportert å gi kliniske symptomer hos 25% av alle kvinner. De vanligste symptomene er blødningsforstyrrelser og smerter/trykkfølelser. Myomer kan også påvirke kvinnens fertilitet, samt føre til komplikasjoner under svangerskap og/eller fødsel. Behandlingen av myomer er i hovedsak kirurgisk, i form av myomektomi eller hysterektomi. Litteratursøk avdekket en mangel på studier som rapporterer effekt av myomektomi. Målet med denne studien er å vurdere klinisk effekt av laparoskopisk og abdominal myomektomi, med særlig henblikk på forekomst av blødningsforstyrrelser og smerter. Eventuell endring av livskvalitet som følge av inngrepet, samt antall svangerskap i etterkant av myomektomien og komplikasjoner tilknyttet disse registreres også.

Metode. Retrospektiv studie basert på spørreskjema og kvinnenes pasientjournal. Samtlige kvinner med gjennomgått myomektomi ved Ullevål Sykehus i perioden 01.01.2003 til 31.12.2006 er inkludert (230 kvinner).

Resultater/konklusjon. Resultater fra studien vil presenteres og diskuteres under årsmøtet.

30 PCOS, GRAVIDITET OG METFORMIN: INKLUSJONSDATA FRA PREGMET-STUDIEN

Yanky E^{1,2}, Stridsklev S^{1,2}, Skogøy K³, Kleggetveit O⁴, Hjelle S⁵, von Brandis P⁶, Eikeland T⁷, Flo K⁸, Berg KF⁹, Bunford G¹⁰, Lund A¹¹, Bjerke C¹², Almås I⁹, Berg AH¹², Danielson A¹², Lahmami A¹¹, Carlsen SM^{13,14}

¹Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim, ²Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU, Trondheim, ³Norlands Sentralsykehus, Bodø ⁴Elvebredden Gynekologpraksis, Kristiansand, ⁵Ålesund Sjukehus, Ålesund, ⁶Stavanger Universitetssykehus, Stavanger, ⁷Haugesund Sjukehus, Haugesund, ⁸Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, ⁹Sykehuset i Buskerud, Drammen, ¹⁰Ringerike Sykehus, Hønefoss, ¹¹Haukeland Universitetssykehus, Bergen, ¹²Lillehammer sykehus, Lillehammer, ¹³Enhet for anvendt klinisk forskning, NTNU, Trondheim og ¹⁴Avdeling for endokrinologi, St. Olavs hospital, Trondheim, Norge.

Bakgrunn. Svangerskapsforløp og utfall hos kvinner med polycystisk ovariesyndrom (PCOS) er lite undersøkt. Flere studier rapporterer økt forekomst av svangerskapsdiabetes, preeklampi og preterm fødsel hos PCOS-kvinner. Noen studier antyder at metformin kan forebygge svangerskapskomplikasjoner hos disse kvinnene. PCOS foreligger i flere fenotyper og det er uklart hvorvidt disse fenotypene representerer forskjellige kliniske grupper med forskjellig alvorlighetsgrad og forekomst av svangerskapskomplikasjoner.

Metode. PregMet studien er en norsk, prospektiv, randomisert dobbeltblind multisenterstudie hvor metformin ble sammenlignet med placebo hos gravide PCOS kvinner som ble fulgt fra første trimester og fram til fødsel. Deltakere ble inkludert fra februar 2005 til januar 2009 ved 11 norskesykehus/legesenter. Til sammen ble 272 graviditeter inkludert hos 256 PCOS kvinner (16 kvinner deltok 2 ganger). Inklusjonskriterier var alder mellom 18 og 45 år, ikke tidligere kjent diabetes og singelton graviditet. Eksklusjonskriterier var: ALAT > 90 IU/L, kreatinin > 110 µmol/L, flerlingegraviditet og alkoholmisbruk. Ved inklusjon fikk deltakerne skriftlig og muntlig kost- og livsstilsråd. Det ble tatt opp strukturert anamnese, klinisk undersøkelse; vekt, høyde, blodtrykk, vaginalultralvundersøkelse, fastende blodprøver og to timers peroral glukosebelastning. Vi presenterer her data fra inklusjonstidspunkt i første trimester. PCOS kvinnene ble klassifiseres etter fenotype, dvs; 1) polysistiske ovarier (PCO) + hyperandrogenisme (HA) + oligoamenore (OAM), 2) PCO + HA, 3) HA+OAM, 4) PCO +OAM.

Resultater. Gjennomsnittsalder var 29 år og BMI var 29 kg/m². Gjennomsnitt inklusjonstidspunkt var ved svangerskapsuke 10 + 5 dager. Graviditet var oppnådd spontant hos 58 %, etter ovulasjonsstimulering hos 26 % og etter IVF/ICSI hos 14 %. Trettito prosent brukte metformin ved konsepsjon. Kronisk sykdom i noen form ble oppgitt hos 32 % og 20 % brukte faste medikamenter. Blant de som har vært gravide tidligere hadde 56 % opplevd tidlig spontanabort og 11 % sen spontanabort. Førtilfire prosent hadde født barn tidligere. Her forekom pretermfødsel i 14 %, preeklampi i 11 % og svangerskapsdiabetes i 13 % av svangerskapene. I aktuelle svangerskap forelå svangerskapsdiabetes (GDM) ved inklusjon hos 23 (8,5 %) av kvinnene. Kvinnene i PCO+HA gruppen (de med regelmessige menstruasjoner) var eldre sammenlignet med de andre gruppene. Kvinnene i PCO + OAM (de som ikke er hyperandrogene) hadde lavere BMI. Ellers var det ingen forskjeller mellom fenotypene.

Konklusjon. Vi presenterer et unikt materiale av 272 PCOS graviditeter i en RCT setting. Svangerskapsdiabetes forelå hos 8,5 % av PCOS kvinnene allerede i første trimester. Anamnestisk er det høy forekomst av tidligere spontanaborter og svangerskapskomplikasjoner. Det er ikke store forskjeller mellom de fire fenotypene mhp tidligere svangerskapsutfall, og aktuelle kliniske- og laboratorievareable tidlig i graviditeten.



C Aldara «Meda»

Immunstimulerende middel.

ATC-nr.: D06B B10

T KREM 5%: 1 g innh.: Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, stearylalkohol, hvit myk parafin, polysorbat 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylparahydroksibenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, renset vann.

Indikasjoner: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflattisk basalcellekraft (sBCC) hos voksne. Klinisk karakteristisk, ikke-hyperkeratotisk, ikke-hypertrofisk aktinisk keratose (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller akseptibiliteten av kryoterapi og når andre lokale behandlingsalternativer er kontraindisert eller uaktuelle.

Dosering: Påføringshyppigheten og behandlingsvarigheten er forskjellig for hver indikasjon. Pasienten bør vaske behandlingsområdet med mild såpe og vann og tørke seg godt før påføring av kremen. Kremen skal gnis inn i behandlingsområdet til kremen forsvinner. Kremen bør være på i ca. 8 timer. Unngå dusj og bading etter påføring. Kremen fjernes med mild såpe og vann. Påføring av for mye krem eller forlenget kontakt med huden, kan medføre uttalte lokale reaksjoner. En engangspose er nok til å dekke et område på 20 cm². Etter påføring bør en åpnepose ikke brukes på nytt. Hendene må vaskes før og etter applikasjon. Ved gjentatt 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 perianale kondylomer er forsvunnet, eller i maks. 16 uker ved hvert utbrudd. Median tid til tilheling hos menn og kvinner er hhv. 12 og 8 uker. **Overflattisk basalcellekraft hos voksne:** Påfør kremen i 6 uker, 5 ganger pr. uke (f.eks. mandag til fredag) før sengetid. Behandlingsseffekten 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 for sengetid 3 ganger ukentlig (f.eks. mandag, onsdag og fredag) i 4 uker. Etter 4 uker uten behandling bør legen vurdere det behandlede området for å bestemme om AK er fjernet, ev. gjentas behandlingen i ytterligere 4 uker. Maks. enkeltdose er 1 pose. Maks. anbefalt behandlingstid er 8 uker. Ved intense lokale inflammatoriske reaksjoner eller infeksjon i behandlingsområdet, bør det vurderes å avbryte behandlingen. I sistnevnte tilfelle skal adekvate tiltak iverksettes. Hver behandlingsperiode skal ikke overstige 4 uker, inkl. ev. glemte doser 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 innholdsstoffer i kremen. **Forsiktighetsregler:** **Veneriske vorter:** Det er begrenset erfaring ved behandling av vorter under forhuden hos ikke-omskårne menn. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosis, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjæring. God forhudshygiene bør derfor anbefales. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. erosjon, sårdannelse, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet 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-tolerbar hudreaksjon, bør kremen vaskes av med mild såpe og vann. Behandlingen kan gjenopptas etter at hudreaksjonen 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 enkelte tilfeller har kateterisering vært nødvendig. Det foreligger ikke klinisk erfaring med bruk umiddelbart etter annen lokal farmakologisk behandling av kondylomer. Okklusiv behandling av kondylomer anbefales ikke. Bruk av imiquimod bør ikke skje før det har vært tilheling etter annen kirurgisk eller farmakologisk behandling. Kremen bør vaskes av før seksuell aktivitet. Kan svekke kondomer eller pessarer, samtidig bruk bør derfor unngås. Kan gi oppblussing av, eller forverre inflammasjonstilstander i huden. Erfaringer hos pasienter over 65 år er begrenset. Hos immunsupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrensede data har vist en økt vortetilhelning hos HIV-positive pasienter, men ikke i samme grad som hos HIV-negative. **Basalcellekraft:** Imiquimod er ikke undersøkt ved behandling av basalcellekraft innenfor et område på 1 cm fra øyelokkene, nese, lepper eller hårfestet. 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 propylparahydroksibenzoat, kan gi allergiske reaksjoner. Skal benyttes med forsiktighet hos pasienter med reduserte hematologiske reserver. **Aktinisk keratose:** Lesjoner som er klinisk atypiske eller som gir mistanke om kreft, bør undersøkes med vevsprøve for å bestemme egnet behandling. Imiquimod er ikke evaluert for behandling av AK på øyelokkene, inne i neseborene eller ørene eller leppeområdet innenfor vermilionergrensen. 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 kutanøse horn. Under behandling og inntil tilheling vil påvirket hud trolig skille seg merkbart ut fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlige, men disse reaksjonene avtar generelt i intensitet under behandlingen eller forsvinner etter at behandlingen er over. Intensiteten av de lokale hudreaksjonene (f.eks. erytem) er forbundet med 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:** Opplysningsmangler. 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. Lokale 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 basalcellekraft 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. **Hypigie (>1/100):** Hud: Erytem, kløe, svie, smerte på applikasjonsstedet, infeksjon, pustula. **Mindre hypigie:** 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 utilsiktet oralt inntak kan det opppte symptomer som kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber etter en enkel dose på 200 mg imiquimod. Den alvorligste kliniske bivirkning rapportert etter oralt inntak av >200 mg imiquimod er hypotensjon. Blodtrykket kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Immunstimulerende middel. **Virkningsmekanisme:** Imiquimod modifiserer immunresponsen. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor for imiquimod på responderende immunceller. Imiquimod har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er imiquimod effektiv mot virusinfeksjoner og virker som et anti-tumorstoff prinsipielt ved å induisere alfa-interferon og andre cytokiner. Dette er også vist i kliniske studier. Økning i systemiske nivåer av alfa-interferon 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 fæces ca. 33%.

Pakninger og priser: 12 × 0,25 g, kr. 725,70. **Refusjon:** Se Refusjonslisten, D06B B10 **Sist endret:** 01.12.2007

Referanser:

* Schöfer H. et al. Eur J Dermatol. 2006;16(6):642-648

MEDA

Behandling av eksterne genitale og perianale veneriske vorter

En skånsom behandling med lav residivfrekvens*

Aldara krem (imiquimod) stimulerer det medfødte og det ervervete immunsystemet som er vesentlig for å fjerne de HPV-infiserte cellene. En nyere studie viser at behandling med Aldara alene, eller i kombinasjon med ablasjon, gir vesentlig mindre residiv enn behandling med ablasjonsteknikk alene*.

* Referanser: Se preparatomtalen.

MEDA



Krem, 5%
AldaraTM
Imiquimod

Stimulerer immunsystemet lokalt

31 ANTIBIOTIKAPROFYLAKSE VED KEISERSNITT – RETNINGSLINJER OG PRAKSIS – DATA FRA NORSK OVERVÅKNINGSSYSTEM FOR SYKEHUSINFESJONER

Sæther A¹, Løwer HL¹, Eriksen H-M¹, Skjeldstad FE^{1,2}

¹Avdeling for smittevern og overvåking, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo; ²Kvinneklinikken, UNN/Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø

Bakgrunn. Norsk overvåkningssystem for sykehusinfeksjoner (NOIS) ble opprettet i 2005 som et avpersonifisert helseregister med egen forskrift. Formålet er å redusere incidensen av postoperative sårinfeksjoner gjennom bruk av overvåkingsdata. Et forhold, som kan påvirke infeksjonsforekomst og som er inkludert i overvåkingen, er antibiotikaprofylakse. I Veilederen i fødselshjelp (2008) (1) anbefales det at "Ved alle akutte keisersnitt eller ved spesielle forhold som langvarig operasjon eller stor blødning gis antibiotikaprofylakse med en engangsdose ampicillin eller første generasjons cephalosporiner. I litteraturen anbefales antibiotikaprofylakse ved alle keisersnitt" (2-4). Det er ikke gjort en systematisk oversikt over hvordan dette praktiseres ved de ulike fødeavdelingene i Norge.

Metode. Sykehus som utfører keisersnitt kan delta i overvåkingen. For årene 2005-08 omfatter NOIS alle pasienter registrert i perioden 1. september og 30. november. Infeksjonsstatus ble vurdert ved utskrivelse og inntil 30 dager etter operasjonen med aktiv oppfølging etter utreise.

Resultater. Vi vil beskrive antall fødeavdelinger som har rapportert til NOIS, etter type keisersnitt, infeksjoner registrert i sykehus og infeksjoner registrert etter utreise fram til 30 postoperative dag for årene 2005-2008 med fokus på bruk av antibiotikaprofylakse. En generell artikkel om infeksjoner i relasjon til keisersnitt med bakgrunn i NOIS data er nylig publisert i Tidsskriftet (5). Her konkluderes det med at det er ingen forskjell i postoperative infeksjoner avhengig av om profylakse er gitt eller ikke (5).

Konklusjon. Denne presentasjonen etterprøver bruk av antibiotika profylakse ved keisersnitt i Norge – er det behov for å systematisere praksis og revurdere retningslinjene?

Referanser:

1. Veilederen i fødselshjelp 2008. <http://www.legeforeningen.no/id/131809.0> (kap. 36 - Keisersnitt)
2. Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002;(3):CD000933.
3. Hopkins L, Smaill F. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000;(2):CD001136.
4. Chelmow D, Ruehli MS, Huang E. Prophylactic use of antibiotics for nonlaboring patients undergoing cesarean delivery with intact membranes: a meta-analysis. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2001; 184(4):656-661.
5. Eriksen H, Sæther HR, Løwer HL, Vangen S, Hjetland R, Lundmark H, Aavitsland P. Infeksjoner etter keisersnitt. Tidsskr Nor Legefor 2009;129:618-22.

Obstetikk

32 OM Å NÅ SINE MÅL - OG VEL SÅ DET! REDUKSJON AV NFEKSJONSFØREKOMST ETTER KEISERSNITT VED SYKEHUSET ASKER OG BÆRUM

Dyrkorn OA¹, Walberg M¹, Kristoffersen M¹

¹Kvinneklinikken, Sykehuset Asker og Bærum; ²Smittevernseksjonen, Sykehuset Asker og Bærum.

Bakgrunn. Sårinfeksjon etter keisersnitt er en kjent komplikasjon og bidrar til en mer krevende rekonvalesens for kvinnen. Nylig publiserte data fra Norsk overvåking av infeksjoner (NOIS), viste samlet forekomst (2005-2007) av postoperative sårinfeksjoner etter keisersnitt på 8,3 %. Tilsvarende tall ved Sykehuset Asker og Bærum var 17,4 %. Målet med vår intervensjonsstudie var å redusere denne forekomsten til under nasjonalt nivå.

Metode. Metodikk innen klinisk forbedringsarbeid (CPIP) ble benyttet. Det ble nedsatt en tværfaglig gruppe som gjennomgikk eksisterende prosedyrer og kartla hvordan disse ble fulgt i praksis. Problemområder ble identifisert og intervensjonstiltak ble igangsatt. Eksisterende prosedyrer ble innkjert. Pasienter som gjennomgikk keisersnitt, ble fulgt i 30 dager med tanke på utvikling av eventuell infeksjon.

Resultater. Forekomst av postoperative sårinfeksjoner etter intervensjon var 4,5 %. Reduksjonen var signifikant ($p=0,03$). Observasjonstiden etter tiltak var 4 måneder. Totalt inngikk 281 pasienter i vår studie. Oppfølgingsfrekvensen var høy. Alle sårinfeksjoner var overfladiske hudinfeksjoner.

Konklusjon. Metodikk innen klinisk forbedringsarbeid og systematisk infeksjonsovervåking er en effektiv metode for å redusere infeksjonsfrekvens og viktig kvalitetssikringsarbeid.

Obstetikk

33 RISIKOFAKTORER FOR STOR BLØDNING VED KEISERSNITT

Kolås T¹, Øian P², Skjeldstad FE²

¹Sykehuset Innlandet Lillehammer; ²UNN

Bakgrunn. Til tross for at store blødninger ved keisersnitt er en av de viktigste årsakene til maternell morbiditet er det publisert få studier. Vi har analysert risikofaktorer for store peroperative blødninger ved elektivt og akutt keisersnitt adskilt da klinisk situasjon og indikasjon er svært forskjellig. Materiale og metode. Gjennombruddsprosjektet for keisersnitt inkluderte 2778 enkeltfødsler fra 24 fødeinstitusjoner i 1998/99. Stor blødning ≥ 1000 ml ble analysert i forhold til blødning < 500 ml i en kasus-kontroll design. Alle analyser er utført i SPSS med kvikvadrat test og logistisk regresjon.

Resultater. Stor blødning var hyppigere ved akutt (3.3%) enn elektivt (2.1%) keisersnitt ($p=0.10$). Signifikante faktorer (blant kroniske sykdommer hos mor, tilstander relatert til svangerskap og fødsel) ved elektivt keisersnitt var placenta previa og tverrleie, ved akutt keisersnitt høy BMI, placenta previa, abruptio placentae og inngrep utført på utsløttet mormunn. Anestesi, andre maternelle sykdommer, andre svangerskapsrelaterte tilstander, fødsels induksjon, spesialiserings-status for operatør var ikke signifikante faktorer for store blødninger.

Konklusjon. Vi har identifisert ulike risikofaktorer for blødning ≥ 1000 ml ved elektivt og akutt keisersnitt som det bør tas hensyn til i planleggingen av tilgjengelig kompetanse ved utførelse av keisersnitt.

34 SPONTAN UTERUSRUPTUR HOS TREDJEGANGSFØDENDE, EN KASUISTIKK

Svensen Ø

Kvinneklubben, Sykehuset Østfold, Fredrikstad

Bakgrunn. Uterusruptur er en kjent og fryktet komplikasjon til svangerskap. Det er en tilstand som vanligvis opptrer hos kvinne i fødsel, og fødselshjelperen må ha denne komplikasjon som differensialdiagnose, spesielt dersom den gravide tidligere er forløst ved keisersnitt eller hun tidligere har fått utført kirurgisk inngrep på livmoren som kan medføre mekanisk svekket livmorvegg. Det er i litteraturen beskrevet enkelte tilfeller av ruptur også forut for start av fødsel og en sjelden gang også uten at livmoren har vært utsatt for inngrep som medfører svekkelse av livmorveggen.

Metode. Presentasjon av et tilfelle av uterusruptur ved 25+0 ukers graviditet hos kvinne som ikke var i fødsel og som var tidligere forløst to ganger ved keisersnitt. Video av diagnostisk laparoskopisk forut for forløsning ved keisersnitt og av intraabdominelle forhold ved senere laparoskopisk sterilisering.

Diagnostisering og behandling av uterusruptur hos gravid og i sammenheng med dette; litt om den historiske utviklingen av keisersnitt som forløsningsmetode.

Konklusjon. Følgende lett tabloide påstand "forsvares": Sectio caesareae; et tveegget sverd i fødselshjelpen.

Obstetrikk

35 DO PREGNANCIES WITH PREECLAMPSIA HAVE SMALLER PLACENTAS? A POPULATION STUDY OF 317 688 PREGNANCIES WITH AND WITHOUT GROWTH RESTRICTION IN THE OFFSPRING

Eskild A^{1,2}, Vatten LJ³

¹Department of Obstetrics and Gynecology and Medical Faculty Division, Akershus University Hospital, ²Division of Mental Health, Norwegian Institute of Public Health,

³Department of Public Health, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim,

Objective: To study whether placental weight is related to preeclampsia risk, independent of offspring birth weight.

Study design: The distribution of 317,688 singleton births was calculated by maternal preeclampsia status according to deciles of placental weight, also preeclampsia risk was estimated according to placental weight in pregnancies with and without SGA offspring.

Results: Approximately 60% of pregnancies with SGA offspring were in the lowest decile of placental weight, both in preeclampsia (59.9%) and normotensive (61.4%) pregnancies. Placental weight was not clearly associated with preeclampsia risk in pregnancies with SGA offspring, but in pregnancies without SGA offspring, risk was slightly higher both in the lowest (9.5% versus 8.5%) and highest (11.9% versus 10.2%) decile of placental weight, compared to pregnancies without preeclampsia.

Conclusion: Placental weight is closely linked to the offspring's birth weight, but not clearly associated with preeclampsia risk. This suggests that placental weight is not a useful indicator of the placental dysfunction in preeclampsia.

Obstetrikk

36 OVERVEKTIGE KVINNER MED STIGNING I FASTENDE BLODSUKKER I SVANGERSKAPET HAR ØKT RISIKO FOR Å FØDE MAKROSOME BARN

Voldner N¹, Qvigstad E³, Frey Frøslie K², Godang K³, Henriksen T¹, Bollerslev J³

Kvinneklubben, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus; ²Nasjonalt senter for kvinnehelse, Kvinneklubben, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus; ³Medisinsk avd. endokrinologisk seksjon, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus.

Bakgrunn. Overvekt blant gravide er en kjent risikofaktor for svangerskapsdiabetes og makrosomi hos nyfødte. Blant kvinner uten svangerskapsdiabetes er det uklart hvorfor noen overvektige føder store barn mens andre føder normalt store barn. Vi har analysert effektene av kroppsmasseindeks (KMI), fastende plasmaglukose, fastende insulinverdier og insulin resistens (HOMA-IR) på risikoen for makrosomi hos nyfødte.

Metode. En kohort bestående av 522 skandinaviske kvinner med gestasjonsalder over 37 uker ble fulgt gjennom svangerskap og fødsel. Endepunktet var fødselsvekt ≥ 4200 g (makrosomi). Uavhengige variabler var gestasjonsalder, kosthold, maternell KMI, vektøkning i svangerskapet, fastende glukose- og insulinverdier og (HOMA-IR) og stigning i fastende glukose fra 12-14 uker til 30-32 uker.

Resultat. Fastende glukoseverdier i svangerskapsuke 30-32 var signifikant prediktor for makrosomi i multippel regresjonsanalyse (OR 1.9, 95 % KI [1.1, 3.4]), mens fastende insulin og (HOMA-IR) ikke var assosiert med høy fødselsvekt. Kvinnene i den høyeste KMI kvartilen (≥ 27 kg/m²) som fødte barn med fødselsvekt ≥ 4200 g hadde en større stigning i fastende plasma glukose og HOMA-IR i løpet av svangerskapet. Blant kvinnene i denne KMI gruppen økte risikoen for å føde et makrosomt barn hvis stigningen i fastende plasma glukose var mer enn 0,60 mmol/l (øvre kvartil) (OR=4,5, 95 % KI [1,7, 12,5]).

Konklusjon. Fastende plasma glukose ved uke 30-32 men ikke fastende insulin eller insulinresistens er en determinant for makrosomi. Kvinner i den øverste KMI kvartilen med høy stigning ($> 0,60$ mmol/l) i fastende plasma glukose i løpet av svangerskapet hadde 4,5 ganger så stor risiko for å føde et makrosomt barn sammenlignet med de øvrige i samme KMI kvartil.

37 ANDROGENNIVÅER HOS MOR UNDER GRAVIDITETEN OG AMMING

Vanky E^{1,2}, Jacobsen G³, Carlsen SM^{4,5}

¹Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim, ²Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU, Trondheim, ³Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim, ⁴Enhet for anvendt klinisk forskning, NTNU, Trondheim og ⁵Avdeling for endokrinologi, St. Olavs hospital, Trondheim, Norge.

Bakgrunn. Sammenhengen mellom endokrine forhold gjennom graviditeten og amming er lite undersøkt. Androgener er tidligere blitt brukt til å stoppe amming. Vi ønsket derfor å undersøke om mors androgennivå under graviditeten påvirker ammeevnen etter fødsel.

Metode. Prospektiv observasjonsstudie. Et tilfeldig utvalg av gravide kvinner (n = 63) og en gruppe kvinner med antatt økt risiko for å føde et veksthemmet barn (n = 118) ble inkluderte (SGA-studien). Alle deltakere var singleton gravide og para I eller para II. Mors androgennivåer ble målt ved svangerskapsuke 25. Univariabel og multivariabel regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke sammenhengen mellom mors androgennivåer og amming ved 6 uker, 3 måneder og 6 måneder post partum. Vi justerte for faktorer som er kjent for å ha innvirkning på ammeevne.

Resultater. I gruppen av tilfeldig utvalgte kvinner fant vi negativ korrelasjon mellom mors testosteron, androstendion og free testosteron indeks (FTI) nivåer og amming ved 3 og 6 måneder post partum. Etter justering for mors alder, utdanning og røyking, var FTI fortsatt negativt assosiert med amming 3 og 6 måneder post partum.

Poster

38 KONSEPSJONSMÅTE OG SVANGERSKAPSUTFALL HOS PCOS KVINNER

Vanky E^{1,2}, Backe B^{1,3}, Carlsen SM^{2,4}

¹Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, Trondheim, ²Avdeling for endokrinologi, St. Olavs Hospital, Trondheim, ³Inst. for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU, Trondheim og ⁴Enhet for anvendt klinisk forskning, NTNU, Trondheim.

Bakgrunn. Vi vet lite om svangerskapsutfall hos PCOS kvinner i Norge. Og intet er kjent om konsepsjonsmåte påvirker svangerskapsutfall hos disse kvinnene. I denne studien ønsket vi å undersøke om konsepsjonsmåte påvirker svangerskapskomplikasjoner hos PCOS kvinner og/eller kjønnsfordeling blant avkommet i de aktuelle graviditetene.

Metode. Retrospektiv, deskriptiv studie. Spørreskjema ble sendt ut til 167 PCOS kvinner hvilke er blitt diagnostisert etter Rotterdam kriteriene. Vi spurte etter konsepsjonsmåte (spontan, metformin, clomiphen citrat eller IVF), svangerskapskomplikasjoner, svangerskapslengde og barnets kjønn. Vi fikk svar fra 139 kvinner som til sammen hadde 285 svangerskap. Dataene ble kvalitetssikret mot journalopplysninger.

Resultater. Halvparten (54%) av singleton graviditetene var "spontane graviditeter". Vi fant flere svangerskapskomplikasjoner i de graviditetene der metformin ble brukt ved konsepsjon (p = 0,02). Sammenlignet med spontane graviditeter, ble det født flere gutter enn jenter etter IVF/ICSI behandling (p = 0,004).

Konklusjon. Konsepsjonsmåten påvirker muligens både svangerskapsutfall og kjønnsfordeling hos PCOS kvinner. Dette bør undersøkes nærmere i større prospektive studier.

Poster

39 STREPTOKOKK A SEPSIS ETTER ENDOMETRIE BIOPSI, CASE REPORT

Henning K¹, Hoel H¹.

¹Kvinneklivnikken, Sykehuset i Østfold, Fredrikstad.

Bakgrunn. Endometriebiopsi er en sikker prosedyre, men det er beskrevet alvorlige ascenderende infeksjoner med bakteriemi og sepsis. Streptokokker gruppe A er kjent for å lage alvorlige livstruende infeksjoner med rask progresjon ("toxic shock syndrome")

Sykehistorie. 44 år gammel kvinne, para 4, med inneliggende hormonspiral de siste 5 år. Oppsøkte privat gynekolog pga menorrhagi hvor det ble tatt endometriebiopsi.

Etter ½ døgn: Underlivssmerter. Etter 1 døgn: Feber, men normale infeksjonsprøver (hvite 4,2; Crp 18 mg/l). Abdomen: peritonealt irritert. Ved vag UL fri væske i fossa Douglasi som tilskrives cysteruptur. Spiral fjernes. Etter 1 ½ døgn: Septisk sjokk. Hvite 1,9; Crp 329 mg/l. Antibiotikabehandling med penicillin, gentamicin og metronidazol. Etter 2 døgn: Abdomen: peritonitisk. Laparotomi: 700 ml puss i abdomen utgående fra tubene. Uttalt salpingitt og ooforitt bilateralt. Antibiotika skiftes til penicillin, ceftriaxon, og clindamycin pga nyresvikt.

Oppvekst av streptokokker gruppe A i blodkultur. Oppvekst av samme stamme i vaginal sekret og i intra-abdominalt puss. Intensivopphold i 20 dager, hvorav 9 dager på respirator.

Multiorgansvikt med affeksjon av 4 organer (sirkulasjon, hjerte, lunge, nyrer). Akutt nyresvikt, dialysetrengende i 3 uker. Utskriving etter 39 dager til opptreningssenter. Sekvele i form av leddproblemer og mulig revmatoid artritt.

Konklusjon / problemstilling. En sjelden komplikasjon av endometriebiopsi er alvorlige ascenderende infeksjoner, som særlig med streptokokker gruppe A kan gi rask progredierende og livstruende infeksjoner ("toxic shock syndrome")

40 INFLAMMASJONSMARKØRER VED ENDOMETRIOSE: REDUSERT PERITONEAL NØYTROFIL GRANULOCYTTRESPONS VED MINIMAL ENDOMETRIOSE

Riley CF¹, Moen MH², Videm V³

¹Kvinneklivnikken, Sykehuset Østfold HF, Fredrikstad (tidl. DMF, NTNU, Trondheim); ²Kvinneklivnikken, St. Olav HF, Trondheim; ³Institutt for laboratorimedisin, barne- og kvinnesykdommer, St. Olav HF, Trondheim.

Bakgrunn. Inflammasjon antas å spille en rolle ved patogenesen av endometriose. Inflammasjonsaktivering ble testet basert på en hypotese om at smerte og endometriose-stadium er relatert til graden av lokal og systemisk inflammasjon.

Metode. Atten pasienter med endometriose og 14 kontroller uten endometriose ble undersøkt. Cancer antigen 125 og C-reaktivt protein ble analysert i blod. I aspirert peritonealvæske ble laktoferrin, myeloperoxidase (markør for aktivering av nøytrofile granulocytter), sC5b-9 (terminale komplementkompleks), soluble intercellular adhesion molecule 1 (markør for utbredelse av endometrievev), neopterin, og tumor nekrosefaktor alpha (monocytt-/makrofagaktivering) målt og relatert til smerte, endometriosestadium og kliniske data.

Resultater. Ingen av de målte markørene var forskjellige mellom kontroller og endometriosepasienter, eller mellom kvinner med og uten menstruasjonsmerter, dyspareuni, eller annen underlivssmerter. Konsentrasjonene av laktoferrin og myeloperoxidase var signifikant lavere hos pasienter med endometriose stadium I sammenliknet med kontrollpasienter og endometriosepasienter med sykdom i stadium III/IV. Som forventet var konsentrasjonen av cancer antigen 125 økt hos endometriosepasienter i stadium III/IV.

Konklusjon. Nøytrofile granulocytter hos endometriosepasienter kan ha en svekket evne til å reagere på svake aktiveringssignaler, mens sterkere nøytrofil aktivering i mer utbredt endometriose kan være relatert til en proinflammatorisk effekt av endometrievev.

41 ENDRET VENSTRE VENTRIKKELS SYSTOLISKE OG DIASTOLISKE FUNKSJON UNDER NORMALE SVANGERSKAP

Estensen ME^{1,4}, Grindheim G², Henriksen T³, Aaberge L⁴, Smiseth OA⁴, Gullestad L⁴, Aakhus S⁴.

¹ Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse, ² Anestesi og intensivklinikk, ³ Kvinneklivnikken, ⁴ Hjerter- og lungelinikk, Oslo Universitets sykehus, Rikshospitalet.

Bakgrunn. Under normale svangerskap endres det kardiovaskulære systemet for å kunne tilfredsstille de økte metabolske kravene fra mor og foster, og for å adekvat kunne perfundere vev med oksygeneret blod. For å beskrive den kardiovaskulære endringen, har vi utført gjentatte ultralydundersøkelser av hjertet til friske kvinner gjennom svangerskapet.

Metode. 65 kvinner (33 ± 0,12 år), med normalt svangerskap på inklusjonstidspunktet, ble undersøkt i uke 14-16, 22-24, 36, og 6 mnd post-partum. Undersøkelsene inkluderte måling av venstre ventrikkels volum, og venstre atriums areal med ekkokardiografi, hastigheter i mitralringen med vevsDoppler, og Doppler hastighet over mitralklaffen.

Resultater. Under svangerskap øker minuttvolum, venstre atriums størrelse og endediastolisk volum signifikant (Tab). Venstre ventrikkels ejsjons fraksjon reduseres signifikant. E/e', en markør for venstre ventrikkels fylningstrykk, forble uendret. Alle kvinnene var asymptomatiske

| | 14-16 uker | 22-24 uker | 36 uker | 6 mnd post-partum | ANOVA p |
|----------------------------|-------------|-------------|---------------|-------------------|---------|
| LV EDV (mL) | 92 ± 22 | 96 ± 23 | 101 ± 26 | 78 ± 19# □ § | < 0,001 |
| EF biplan (%) | 61 ± 6 | 59 ± 9 | 54 ± 7 # □ | 60 ± 7 § | < 0,001 |
| HR (slag/min) | 73 ± 8 | 76 ± 7 | 80 ± 11# | 69 ± 8 □ § | < 0,001 |
| CO (L/min) | 5,7 ± 1,1 | 6,0 ± 1,0 | 6,0 ± 0,9 | 4,8 ± 1,0# □ § | < 0,001 |
| Mitral E(m/s) | 0,80 ± 0,15 | 0,78 ± 0,13 | 0,66 ± 0,15#□ | 0,66 ± 0,14# □ | < 0,001 |
| MitralE/ARatio | 1,66 ± 0,37 | 1,60 ± 0,33 | 1,40 ± 0,33# | 1,53 ± 0,33 | 0,001 |
| E/e' | 6,6 ± 2,2 | 6,9 ± 2,4 | 6,5 ± 3,0 | 6,6 ± 1,8 | 0,780 |
| LA Area (cm ²) | 16,0 ± 2,5 | 16,7 ± 2,2 | 17,5 ± 2,1# | 14,7 ± 2,5 # □ § | < 0,001 |

Gj.snitt ± SD. p < 0.05 vs #14-16 w, □22-24 w, §36 w. E = peak early transmitral flow velocity og e' = end peak mitral annulus velocity.

Konklusjon. Under normale svangerskap hos friske, asymptomatiske kvinner, endres hjerterfunksjonen signifikant, med dilatasjon av venstre ventrikkel og venstre atrium, samtidig med reduksjon i venstre ventrikkels ejsjons fraksjon. Disse endringene er assosiert med med økning i minuttvolum, men følges ikke av økt venstre ventrikkels fylningstrykk. Resultatene kan ha betydning for evaluering av hjerterfunksjonen hos gravide kvinner med hjertesykdom.

42 ER SEINVIKNINGENE ETTER PROVOSERT ABORT FORSKBARE?

Iversen GA, Løkeland ME, Fjereide AK, Bjørge L, Iversen O.E.

Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

Bakgrunn: Langtidseffekter etter gjennomgått provosert abort er stadig tema for debatt, men det vitenskapelige erfaringsgrunnlaget er meget begrenset. Retrospektive oppfølgingsstudier har vært vanskeligjort av etiske grunner; og det har vært usikkerhet rundt generaliserbarheten av de små studier som er publisert. Vi ønsket å kartlegge hvordan et representativt utvalg kvinner ville vurdere en henvendelse flere år etter svangerskapsavbrudd hvis det var avtalt på forhånd i forbindelse med journalopptak før gjennomføring av en provosert abort. Resultatet vil få betydning for planlegging av en evt. mer detaljert oppfølgingsstudie av abortpasienter.

Metode: I en definert tidsperiode fra 06.04.09 til 05.07.09, fikk alle abortpasientene ved Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus fortløpende utdelt et spørreskjema. De ble spurt om de ville besvare, om de var villige til å bli kontaktet skriftlig om 1-2 år og om 5-10 år; samt begrunnelse for standpunktet ved avkryssing av oppgitte svaralternativ. Svarene ble innsamlet anonymisert. Etisk Komite var konsultert, men anså at det ikke var nødvendig med spesifikt samtykke for en slik anonym kartleggingsstudie.

Resultat: En interimanalyse ble gjennomført 08.06.09. Til da var det gjennomført 212 aborter ved avdelingen i studieperioden, og av ulike praktiske forhold fikk kun 155 (73,1 %) spørreskjema utlevert og 129 av disse (83,2 %) returnerte skjema samme dag. I alt var 123 (95,3 %) villige til å delta i kartleggingen. Av de som avgav svar sa 53 av 123 (43,1 %) seg villige til å bli kontaktet etter 1-2 år og 42 av 116 (36,2 %) etter 5-10 år. Oppgitte grunner til at de sa seg villige til å bli kontaktet etter 1-2 år var hos 44 et ønske om å bidra til at en får mer kunnskap, 17 ville vite mer selv og 29 syntes det er bra at en gjør slike studier. Tilsvarende etter 5-10 år hadde 33 et ønske om å bidra til at en får mer kunnskap, 16 ville vite mer selv og 26 syntes det er bra at en gjør slike studier. Av de som ikke sa seg villige til å bli kontaktet etter 1-2 år oppgav 43 at de helst bare ville glemme aborten, 15 var redde for at andre skulle få vite noe, 24 mente dette er privat og ville ikke diskutere aborten med andre, 6 trengte ikke vite noe om andre og 3 hadde andre grunner. Tilsvarende etter 5-10 år ville 47 helst bare glemme aborten, 13 var redde for at andre skal få vite noe, 24 syntes dette er privat og vil ikke diskutere aborten med andre, 5 trengte ikke vite noe om andre, 9 syntes det da ville være for lenge siden og 3 oppgav andre grunner.

Konklusjon: Undersøkelsen har høy svarandel idet 83,2 % av de som fikk utdelt skjema returnerte det. Av disse var 95,3 % villige til å delta i denne aktuelle kartleggingen. Mindre enn halvparten (43,1 %) var villige til å delta i en eventuell spørreundersøkelse om seinvirkningene etter provosert abort etter 1-2 år og ca 1/3 (36,2 %) om 5-10 år. Seinvirkningene lar seg studere, men gruppen som svarer vil alltid være et mindretall, og usikkerheten om generaliserbarheten av funnene vil fortsatt bestå.

Poster

43 EKSTRA TILSKUDD ENERGI-RIKT DRIKKE UNDER FØDSEL HAR INGEN EFFEKT PÅ VARIGHETEN AV FØDSELEN HOS NULLIPARA: ET RANDOMISERT, DOBBELT-BLINDT, PLACEBO-KONTROLLERT STUDIE

Kardel KR¹, Henriksen T², Iversen PO¹

¹Avd. for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo; ² Kvinneklivnikken Rikshospitalet, Oslo

Bakgrunn: Effekten av oralt energi supplement på varigheten av fødselen og fødselsutfallet er ikke avklart. Vårt primære mål var å undersøke om ekstra energi tilskudd ut over selvregulert næringsinntak vil kunne redusere varigheten av fødselen i nullipara. Vårt sekundære mål var å registrere forskjeller mellom intervensjon og placebo gruppen i bruk av epidural anestesi, bruk av kontraksjons stimulerende tiltak (oxytocin og/eller amniotomi), prosent av instrumentell vaginale fødsler, hyppighet av keisersnitt og Apgar score.

Metode: Ved starten av fødselen mottok 213 friske kvinner med et foster (gastasjonsalder > 36 uker) enten en liter av isoton energidrikk (n=111) eller placebodrikk (n=102). Varigheten av fødselen ble definert som tidsintervallet mellom 3 cm cervical dilatasjon med regelmessige uterine kontraksjoner (i.e. start av fødsel) og fødsel av barnet. Endepunktet var andelen som fødte innen 9 timer; som er median fødselstid for denne gruppen fødende ved Rikshospitalet.

Resultater: Seksti-en prosent i intervensjonsgruppen fødte innen hospitalets median på 9 timer sammenlignet med 58% i placebogruppen (p=0.68). Gjennomsnittet (SD) av fødselsvarighet var 528 (240) minutter og 506 (233) minutter henholdsvis i intervensjon og placebo gruppen (p=0.50). Vi fant ingen forskjeller mellom gruppene i bruk av epidural anestesi, bruk av kontraksjonsstimulerende tiltak (oxytocin og/eller amniotomi), prosent av instrumentell vaginale fødsler; forekomst av keisersnitt, fødselsvekt eller Apgar score (p>0.05). Medianen av totalt energi opptak i løpet av fødselen var for intervensjon og placebo gruppen henholdsvis 405 (26-1581) kcal og 224 (0-1648) kcal (p<0.001). Det ble ikke observert noen uønskede effekter etter inntak av ekstra flytende energi.

Konklusjon: Oralt tilskudd av flytende energi ut over selvregulert inntak av mat og drikke hos friske nullipara kvinner med spontan start på fødselen har ingen effekt på fødselsvarigheten. Denne studie støtter ikke den generelle politikken av å tilby fødende nullipara kvinner i den rike del av verden ekstra energi ut over det de selv regulerer av inntak.

Poster

44 PND I TRONDHEIMSOMRÅDET

Solem R, Ekle K

St. Olavs Hospital, Trondheim

Bakgrunn: Å beskrive bruken av prenatal diagnostikk (PND) blant gravide kvinner i en uselektert populasjon. Et mål var å finne ut hvordan introduksjonen av nuchal translucency (NT) målinger kombinert med serum screening har påvirket føtal karyotyping. Deretter ville vi studere hvorvidt bosted (by versus områder utenfor by) var assosiert med bruken av PND. I tillegg ville vi studere indikasjonene for PND etter introduksjon av KUB i Norge i 2006.

Metode: Alle fødsler og all prenatal diagnostikk i en uselektert populasjon i Norge mellom 1998 og 2007 (fødsler inntil juli 2008 ble også inkludert) ble undersøkt (n= 27 634)

Resultat. I alt 1 597 kvinner brukte PND i den aktuelle perioden. PND bruken økte fra 2,3 % i 1998-1999 til 11,6 % i 2006-2007 (p< 0,001).

Gjennomsnittsalder i populasjonen var 29,4 år (14-53). Antall kvinner over 38 år som brukte PND økte fra 4,3 % i 1998-1999 til 6,9 % i 2006-2007 (p<0,001). Kvinner bosatt i Trondheim by brukte PND i større grad enn kvinner som bodde utenfor byen (Odds ratio 1,53, 95 % konfidensintervall 0,99-2,36, p=0,05).

Den mest brukte indikasjonen for PND var "alder over 38 år" med 40 %. I 2007 var "kvinnen/parets livssituasjon" den mest brukte indikasjonen for PND med 33 %. Blant kvinner > 38 år sank antallet av føtal karyotyping fra 33 % i 2006 til 17 % i 2008 (p<0,001). På samme tid steg antall non-invasiv PND bruk blant kvinner > 38 år fra 4 % i 2006 til 65 % i 2008 (p<0,001).

Konklusjon: Bruken av PND økte fra 2,3 % til 11,6 % de 10 siste årene i Trondheimsområdet. Økningen i bruk av PND kan skyldes tre forhold: ultralyd ble definert som fosterdiagnostikk i bioteknologiloven i 2003, innføring av KUB test til risikokvinner (rundskriv 2006) og endret alderssammensetning blant gravide (økt gjennomsnittsalder ved fødsel).

45 PREDIKTORER FOR FØDSELSVEKT HOS GUTTER OG JENTER

Voldner N,¹ Frey Frøslie K², Godang K³, Bollerslev J³, Henriksen T¹

¹Kvinneklivnikken, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus; ²Nasjonalt senter for kvinnehelse, Kvinneklivnikken, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus; ³Medisinsk avd., endokrinologisk seksjon, Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus.

Bakgrunn. Gutter er født tyngre enn jenter, men jenter har høyere fettmasse ved fødsel enn gutter. Ulik distribusjon av insulin kan være en medvirkende årsak til denne forskjellen. Dyremodeller har vist at avkom med hunkjønn utviser større følsomhet overfor mors spisevaner og glukoseverdier i svangerskapet og ammeperioden enn avkom med hankjønn. Nyfødte jenter har høyere forekomst av insulin og proinsulin og total proinsulin ratio i navlesnor enn gutter, til tross for lavere fødselsvekt.

Metode. I en kohort bestående av 522 nyfødte med gestasjonsalder over 37 uker undersøkte vi assosiasjoner mellom barnets fødselsvekt, foreldrenes fødselsvekt, antropometriske mål og glukose- og insulinverdier hos mor i forhold til nyfødte gutter og jenters fødselsvekt.

Resultater. Nyfødte gutter veide i gjennomsnitt 184g mer enn jenter, de var 1,1 cm lengre og hodeomkretsen var 0,86 cm større (alle p verdier < 0,01). Multipel lineær regresjonsanalyse viste at paritet, mors kroppsmasseindeks (KMI), gestasjonsalder samt mors fødselsvekt var signifikant assosiert med høy fødselsvekt hos både gutter og jenter. Mors vektøkning i svangerskapet og fastende glukoseverdier ved gestasjonsuke 30-32 var bare assosiert med fødselsvekten hos jenter. Effekten av fastende plasmaglukose hos jenter var dobbelt så høy som hos gutter (B=162, 95 % KI 33,4-291, p=0,01). Fars fødselsvekt var signifikant assosiert med fødselsvekt bare hos gutter.

Konklusjon. Våre funn støtter teorien om at det kan være en genetisk reguleringsmekanisme for fødselsvekt knyttet til Y-kromosomet. Det kan også være at jenter er mer følsomme overfor det intrauterine miljøet knytte tilvektøkning og maternelle glukoseverdier, siden dette påvirket fødselsvekten bare hos jenter.

Referanse:

1. Voldner N, Frey Frøslie K, Godang K, Bollerslev J, Henriksen T, Determinants of birth weight in boys and girls. *Human_Ontogenetics*, March 2009, p7-12

46 PSYKISKE ETTERVIRKNINGER ETTER FØRSTE TRIMESTER SVANGERSKAPSAVBRUDD – EN LITTERATUREVALUERING

Skjeldestad FE¹ Norderhaug I²

¹Kvinneklivnikken, UNN/Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø og ²Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo

Bakgrunn: Hvert år utføres det 14-15 000 svangerskapsavbrudd i Norge og over 50 millioner på verdensbasis. Det er av stor individuell og samfunnsmessig interesse å få avklare om svangerskapsavbrudd i første trimester medfører senere psykiske helseplager.

Metode: Rapporten er basert på litteratur funnet gjennom søk i Medline, Embase og Psyc info for perioden 1966 til 2007 etter utvalgte søkeord. Pasientkontrollstudier, kohortstudier og før-etter studier ble selektert fra land hvor svangerskapsavbrudd utføres legalt. Studier med engelsk, tysk og nordisk språk, hvor validerte psykologiske/psykiatriske måleinstrumenter ble brukt, er inkludert. Oppsummeringen presenterer funn for hele populasjoner og ikke utvalgte undergrupper i de inkluderte studiene.

Resultater: Fra 363 abstrakt ble 85 artikler vurdert, hvorav 18 artikler tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Det å være uønsket gravid medfører blandede negative og positive følelser. Før svangerskapsavbruddet dominerer negative følelser som tristhet, nedstemthet, skuffelse, skyld og sinne, mens etter inngrepet uavhengig av psykologisk/ psykiatrisk måleinstrument som ble brukt. Kvinner som velger svangerskapsavbrudd skårer i høyere normalområdet før inngrepet. Etter inngrepet faller skårverdiene til mitre eller nedre del av normal området. Innleggelses i psykiatrisk sykehus etter et svangerskapsavbrudd er svært sjeldent forekommende og ikke høyere, kanskje lavere, enn hva som er observert etter fødsel.

Konklusjon: Det er ingen holdepunkter for at første trimester svangerskapsavbrudd gir senere psykiske helseplager. Vår oppsummering er i samsvar med funnene i en nylig publisert amerikansk evaluering av samme problemstilling (1).

Referanse:

1. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, and West C. APA task force on mental health and abortion. *American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington DC, US, 2008.*

47 CAN PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING REVERSE PELVIC ORGAN PROLAPSE AND REDUCE PROLAPSE SYMPTOMS? A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL

Brækken IH¹, Majida M², Ellström Engh M², Bø K¹

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

Background. Prevalence rates of pelvic organ prolapse (POP) vary between 2% to 50%. To date there is scant knowledge about the effect of pelvic floor muscle training (PFMT) for women with POP. The aim of the study was to investigate the effectiveness of PFMT to reverse POP and reduce symptoms in women with pelvic organ prolapse

Methods. 109 women with POP stages I, II and III were randomly allocated by computer generated random number system to PFMT (n=59) or control group (n=50). PFMT comprised individual exercise with a physiotherapist and daily home exercise for six months. Both groups received lifestyle advises. Main outcome measures were Pelvic organ prolapse quantification stages, position of bladder and bowel (on 3D ultrasound) and subjective symptoms. The size of the treatment effect was calculated as differences in proportions for categorical data and differences in means for continuous data.

Results. The mean age was 48.9 (± 11.8). 79% of women in the PFMT group reached an adherence level of 80% of the training protocol. There were no significant differences between the groups at baseline regarding stage of POP, age, parity, bladder or bowel symptoms. Two women dropped out. Eleven (19%) women in the PFMT group improved one POP-Q stage versus four (8%) controls (p=0.04). At six months, women in the PFMT group had a significant greater elevation of the bladder (mean difference: 3.0mm; 95% confidence interval 1.5-4.4; p< 0.001) and bowel (5.5mm; 1.4-7.3; p= 0.022) than women in the control group. Compared to the control group women in the PFMT group reduced frequency and bother of mechanical, bladder and bowel symptoms (p≤0.04). No adverse effects were reported.

Conclusion. PFMT can improve stage of POP, elevate the bladder and bowel and reduce mechanical, bladder and bowel symptoms in women with POP.

48 VENTILTROMBOSE HOS GRAVIDE MED MEKANISK HJERTEVENTIL

Smith C^{1,4}, Jacobsen AF^{1,4}, Wergeland H^{1,4}, Arnesen H^{2,4}, Eritslund J^{2,4}, Sandset PM^{3,4}, Abildgaard U⁵

¹Kvinneklinikken, ²Kardiologisk avdeling, ³Hematologisk avdeling, ⁴Oslo Universitetssykehus avdeling Ullevål, ⁵Oslo Universitetssykehus avd Aker, Oslo

Bakgrunn. Kvinner med mekanisk hjerteventil er spesielt utsatt for ventiltrombose i svangerskapet. Disse kvinnene behandles vanligvis med Warfarin. I svangerskapet er warfarin ikke anbefalt og kvinnene blir primært satt over på lav molekylvekt heparin (LMVH). Det kan være vanskelig å oppnå god nok antikoagulasjon i disse tilfellene. På Ullevål har vi hatt 2 kvinner med flere ventiltromboser og komplisert sykehistorie. Vi ønsker å legge frem disse som kasuistikker og knytte noen kommentarer til behandling av denne pasientgruppen.

Metode. To pasienter med mekanisk hjerteventil, en med mitral- og en med aorta-ventil. Svangerskapsforløp komplisert med ventiltromboser. Resultat. Første pasient 30 år gammel kvinne med mekanisk mitralventil fra 1986. Gravida 8, para 1 (friskt barn). I IUFD uke 23, 4 spontanaborter første trimester; 3 provoserte aborter. 5 svangerskap har vært komplisert med ventiltromboser og behandlet med actilyse. Hun har vært forsøkt behandlet med dalteparin i høye doser uten å lykkes. Kombinasjon av dalteparin første trimester og marevan videre (cerebral blødning hos foster) og til slutt ufraksjonert heparin i.v. gjennom hele svangerskapet. Hun har ingen sekvele etter sine tromboser.

Andre pasient 21 år gammel kvinne med mekanisk aortaventil, pga medfødt hjertefeil. Grav 3, para 1. Sectio forløst uke 37, stort retroperitonealt hematom behandlet konservativt med embolisering og observasjon. Missed abortion uke 17 andre svangerskap. Ventiltrombose i første to svangerskap, behandlet med actilyse. Nå gravid på ny 8 uker.

Konklusjon. Kompliserte pasienter som trenger tverrfaglig oppfølging. Ulike behandlingsalternativer med fordeler og ulemper vil legges frem med ref. til norske tall og internasjonale retningslinjer.

Poster

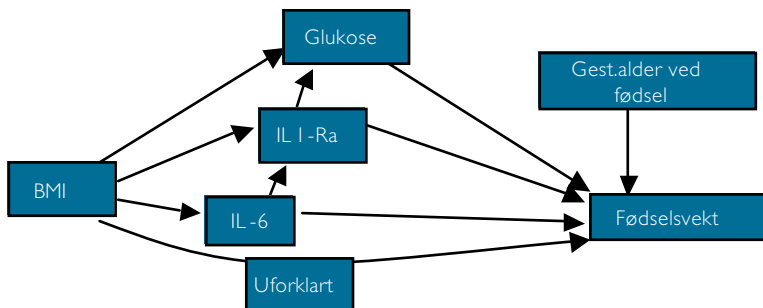
49 I ASSOSIASJONEN MELLOM BMI OG FØDSELSVEKT: ER FASTENDE GLUKOSE OG INFLAMMASJON MEDIATORER?

Friis CM^{1,2}, Frøslie KF^{2,3}, Røislien J³, Voldner N¹, Bollerslev J⁴, Henriksen T¹

¹Kvinneklinikken, Rikshospitalet, Oslo, ²Nasjonalt kvinnehelsestenter, Rikshospitalet, Oslo, ³Avdeling for Biostatistikk, IMB, Universitetet i Oslo ⁴Endokrinologisk avdeling, Rikshospitalet.

Bakgrunn. De biologiske mekanismene bak den observerte assosiasjonen mellom maternell BMI og fødselsvekt er ikke klarlagte. Maternell plasma glukose og transport av næringsstoffer over placenta er sentrale faktorer når det gjelder føtal vekst. Fra studier i den ikke-gravide befolkning vet man at økende BMI er relatert til økende insulinresistens og at denne effekten antagelig medieres delvis av adipocytokiner. I eksperimentelle studier er det videre vist at noen av disse adipocytokinene (IL-6) kan øke antall transportproteiner samt endre andre funksjonelle egenskaper i placenta. Basert på disse kjente assosiasjonene, satt vi opp en modell for hvordan vi tenker oss at fettvev kan påvirke fødselsvekt. Vi antok en direkte effekt via produksjon av interleukiner (IL-1Ra og IL-6) fra fettvev på placenta og en indirekte vei gjennom glukose. I tillegg antok vi en effekt av BMI på fødselsvekt via påvirkning av fastende glukose (se figur). Vi ønsket også å kvantifisere andelen av den totale observerte effekten av BMI på fødselsvekt som går gjennom IL-1Ra, IL-6 og glukose.

Figur DAG



Metode. Vi analyserte fastende glukose og inflammasjonsparametre (IL1Ra og IL6) på n=240 gravide kvinner i gestasjonsuke 30-32. BMI ble målt i gestasjonsuke 14-16. Vi spesifiserte en Directed Acyclic Graph (DAG) der vi inkluderte kjente og begrunnede assosiasjoner mellom variablene. Direkte og totale effekter av BMI, IL1Ra and IL6 på fødselsvekt ble så estimert ved hjelp av Bayesiansk sti-analyse (WinBUGS).

Resultater. Det var en positiv signifikant assosiasjon mellom BMI tidlig i svangerskapet og IL-6, IL-1Ra og fastende glukose i tredje trimester. Til tross for at effektene av IL-1Ra og

IL-6 på fødselsvekt ikke var signifikante, viste modellen en 41% økning av BMI's effekt på fødselsvekt når man tar med indirekte effekter gjennom glukose, IL1Ra og IL6 sammenlignet med standard multipl regressjonsanalyse.

Konklusjon. Gitt den spesifiserte modellen, er det sannsynlig at de angitte inflammasjonsmarkører spiller en rolle som mediatorer i assosiasjonen mellom BMI og fødselsvekt. Av den totale effekten av BMI på fødselsvekt i denne modellen går ca 70% via uforklarte mekanismer, 15% gjennom glukose og 14% via mekanismer som involverer IL1Ra.

50 ØKT PCOS FOREKOMST HOS KVINNER SOM HAR FØDT FOR TIDLIG

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

¹Avdeling for kvinnesykdommer og fødselshjelp, Sykehuset Namsos, ²Kvinneklivnikken, St. Olavs Hospital, ³Enhet for anvendt klinisk forskning, Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin, NTNU, Trondheim, ⁴ Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, NTNU, Trondheim ⁵Avdeling for endokrinologi, St. Olavs hospital, Trondheim, Norge.

Bakgrunn. For tidlig fødsel er et klinisk problem som medfører økt sykkelighet, spesielt for barnet. Årsakene til for tidlig fødsel er fortsatt i stor grad ukjent. Nyere data indikerer at kvinner med polycystisk ovarialsyndrom (PCOS) har økt forekomst av for tidlig fødsel. Vi undersøkte derfor kvinner som hadde født for tidlig for å se om de skilte seg endokrint eller metabolsk fra andre kvinner.

Metode. 133 kvinner som hadde født for tidlig ble sammenlignet med 129 matchede kvinner som hadde født til termin. Alle gjennomgikk gynekologisk undersøkelse med transvaginal ultralydundersøkelse av ovarier; klinisk undersøkelse med BT måling, registrering av høyde, vekt, hofte- og livmål. Klinisk hirsutisme ble bedømt med Ferriman-Gallwey score. Kvinnene svarte på omfattende spørreskjemaer og fikk utført glukosebelastning og hormonanalyser. PCOS diagnosen ble stilt etter Rotterdam konsensus diagnosekriterier.

Resultater. Vi fant at 10,1% av kontrollene og 19,5% av kvinnene som hadde født for tidlig oppfylte kriteriene for PCOS. Det var også økt forekomst av acanthosis nigricans og hirsutisme hos kvinnene som hadde født for tidlig.

Konklusjon. Forekomsten av PCOS synes økt hos kvinner som har født for tidlig. Det er derfor mulig at endokrine og/eller metabolske endringer som foreligger hos disse kvinnene disponerer for for tidlig fødsel.

Poster

51 ANALSLIMHINNEN HOS 0-GRAVIDA OG HOS INKONTINENTE – UNDERSØKT MED VAGINAL 3D-ULTRALYD

Olsen IP¹, Wilsgaard T², Kiserud T³

¹Gynekologisk avdeling, Hammerfest Sykehus, ²Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, ³Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen.

Bakgrunn. Det er et økende fokus på den interne- og eksterne anale sfinkters anatomi og funksjon. Imidlertid er slimhinnen en viktig del av analkanalen. Vi vet lite om dens samspill med sfinkterne for opprettholdelsen av analkontinens.

Metode. Det ble rekruttert 20 friske 0-gravida og 24 anal inkontinente kvinner til studien. Alder, BMI og St. Marks inkontinensskår ble registrert. Deltakerne ble undersøkt med vaginal 3D-ultralyd. Analkanalens lengde og volumer av slimhinne, interne og eksterne sfinkter ble målt i hvile- og knip posisjon hos hver av de 44 kvinnene.

Resultater. De inkontinente kvinnene var gjennomsnittlig 60 år; hadde BMI på 27 og inkontinensskår på 11 (3-21). I 0-gravida gruppen var alderen 26 år; BMI 24 og inkontinensskår 0. Vi fant at lengden av analkanalen var 3.1 cm i hvile og 3.2 cm i knip og lik i begge gruppene. Volumet av slimhinnen var 4.8 mot 1.9 cm³ i hvile og 4.9 mot 1.5 cm³ i knip og større hos de inkontinente kvinnene ($p < 0.001$ og 0.001). Samme forhold gjaldt for den interne sfinkteren hvor volumene hos gruppene var 3.8 mot 3.0 cm³ i hvile og 3.9 mot 2.9 cm³ i knip ($p = 0.029$ og 0.049). Volumet av den eksterne sfinkteren var 1.5 og 3.1 cm³ i hvile og 1.0 og 2.9 cm³ i knip ($p < 0.001$ og 0.001) og altså mindre hos de inkontinente kvinnene. Internt i hver gruppe var det kun signifikante forskjeller mellom hvile- og knip posisjon for den eksterne sfinkteren hos 0-gravida kvinnene hvor den var 1.85 i hvile mot 1.47 cm³ i knip, $p = 0.045$.

Konklusjon. Volumet av den anale slimhinnen var 2.5 ganger større hos de inkontinente med gjennomsnittsalder 60 år sammenlignet med 0-gravida med gjennomsnittsalder 26 år. Det kan tenkes at det større volumet av slimhinne i analkanalen hos eldre analinkontinente kvinner er et uttrykk for dysfunksjon i omliggende muskulatur. Vaginal 3D-ultralyd er en lovende undersøkelsesmetode som også visualiserer slimhinnen i analkanalen, en av komponentene i kontinensmekanismen.

Poster

52 THE PREDICTIVE VALUE OF USING PESSARY AND SPECULUM FOR STRESS INCONTINENCE AFTER PROLAPSE SURGERY

Ellström Engh M¹, Ekeryd A², Magnusson Å², Olsson I³, Otterlind L⁴, Tobiasson G⁴

¹ Department of Obstetrics and Gynecology Akershus University Hospital, Lørenskog, ² Division of Gynecology and Obstetrics Varberg hospital, Sweden ³ Division of Gynecology and Obstetrics NAL, Sweden ⁴ Department of Obstetrics and Gynecology Sahlgrenska University Hospital Sweden

Background. The prevalence of stress- incontinence is reported to be as high as 22 % after prolapse surgery. To reduce the risk for postoperative incontinence in women undergoing vaginal surgery a preoperative test with a high predictive value is essential. The aim of this non-interventional study was to investigate the positive and negative predictive value of two preoperative tests (pessary and speculum) to find continent patient at risk to become incontinent after anterior wall repair

Methods. Women scheduled for anterior wall repair at three departments in the western region of Sweden were asked to participate. Seventy-four patients were evaluated and tested before and one year after surgery. A questionnaire, including symptoms of pelvic floor disorders and 48-hour voiding diary was used. The degree of prolapse was assessed the POP-Q system. The testing included having the patients with a bladder filled up to 300ml in the lithotomy position coughing before and after having the cystocele reduced with a speculum. The second test was performed with the patient having 300 ml saline in the bladder performing a standardized quantification test before and after having a ring pessary in place followed by a 48- hour pad test. All patients underwent anterior colporrhaphy. On a follow up visit one year after surgery the investigations were repeated.

Results. 10.8 % of the women were classified as having incontinence postoperatively. There was no significant difference between positive predictive values for pessary and speculum respectively (33.3%(95%CI -4.4;71.5) 44.4% (95%CI 12.0;76.9) nor was there any difference in negative predictive value 94.1%(95%CI 91.3 ;99.5) 95.4% (95%CI 90.3;100). Combining the two methods did not enhance the positive predictive values significantly.

Conclusion. The tested preoperative reduction methods, did not show sufficient positive predictive values to be clinically useful.

53 BEKKENLØSNING I SVANGERSKAPET: BETYDNINGEN AV PARITET

Bjelland EK¹, Eskild A^{1,2}, Johansen R¹, Eberhard-Gran M^{1,3}

¹Divisjon for Psykisk Helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt; ²Avdeling for gynekologi og obstetikk og Medisinsk fakultetsdivisjon, Akershus Universitetssykehus;

³Helse Sør-Øst Kompetansesenter for Helsetjenesteforskning, Akershus Universitetssykehus

Bakgrunn. Til tross for at bekkenløsning er en vanlig plage i svangerskapet, er årsakene fortsatt ukjente. Flere studier har undersøkt risikofaktorer for bekkenløsning, men resultatene er i stor grad motstridende. Det har vært vist at økende antall fødsler har betydning for utvikling av bekkenløsning, men andre studier ikke har kunnet bekrefte dette. Hensikten med studien var å rapportere forekomst av bekkensmerter i 30. svangerskapsuke og undersøke betydningen av antall tidligere fødsler for utvikling av et komplett pelvic girdle syndrome (smerter over symfyen og begge iliosacralledd).

Metode. Totalt 75 939 gravide kvinner fra Den norske mor og barn studien (1999-2007) ble inkludert. Eksponeringsdata og utfall ble hentet fra spørreskjema i henholdsvis 17. og 30. svangerskapsuke. Utfallet var et komplett pelvic girdle syndrome (PGS), og smerteintensiteten ble kategorisert som mild eller sterk. Betydningen av paritet ble estimert som ujusterte og justerte odds ratioer (OR) med 95% konfidensintervall (KI).

Resultater. I svangerskapsuke 30 rapporterte 58% av kvinnene bekkensmerter; 15% hadde utviklet PGS og 2,5% PGS med sterke smerter. Elleve prosent av de førstegangsfødende hadde utviklet PGS, sammenlignet med 18% av de andregangsfødende og 21% av de tredjegangsfødende. Etter justering for mulige konfunderende faktorer fant vi at én og to tidligere fødsler ga en OR på henholdsvis 1,9 (95% KI: 1,9-2,0) og 2,4 (95% KI: 2,3-2,6). I tillegg fant vi at tidligere ryggsmerte, angst og depresjon, BMI over 30, lav alder, lavt utdanningsnivå og fysisk tungt arbeid var uavhengige risikofaktorer for PGS. Alle disse assosiasjonene var imidlertid svakere enn assosiasjonen med paritet. Alle assosiasjoner ble styrket når utfallet var PGS med sterk smerte.

Konklusjon. Risikoen for å utvikle PGS økte med antall tidligere fødsler. Dette resultatet gir grunnlag for å undersøke betydningen av andre paritetsrelaterte faktorer.

Poster

54 ARE THINGS GETTING ANY BETTER? USING VACUUM EXTRACTION AS A MARKER OF OBSTETRIC CARE. A COMPARRISON OF TWO PERIODS IN A REGIONAL HOSPITAL, MALAWI

Ainæs-Katjavivi P, Iversen T, Rykkje K, Meguid T.

Background. Malawi has one of the highest rates of maternal mortality in the world. Kamuzu Central Hospital has been in collaboration with three university hospitals in Norway since November 2007. Service provision and technical support in the area of maternal health has been the focus of this collaboration. Norwegian volunteers in the form of one gynaecologist and one midwife have spent six months at a time, adding to the thread bare staffing on a labour ward where 12,000 deliveries are performed per annum, where there is anything from one to five maternal deaths per month, and where there is approximately one neonatal death per day.

Quantitative indicators of the obstetric care during this time are lacking.

Method. Firstly, a comparison was made between consecutive deliveries over a two-month period in 2006, and consecutive deliveries over the same time period in 2008. Secondly, neonatal outcomes were compared for all vacuum deliveries over a ten-month period in 2006 and the same period in 2008.

Results. After excluding babies of low birth weight, low Apgar score for babies born spontaneously by the vaginal route with a cephalic presentation was at 2,2% and 1,4% for years 2006 and 2008 respectively. For those born following vacuum extraction (VE) the low Apgar score was 15,0% and 10,6% respectively. For those babies born by C/S the rates were the same, at 5,2%. The stillbirth rate for VE was little changed at 0,9% and 1,5%.

During a ten-month period in 2006, 478 newborns were admitted to the nursery following vacuum extraction. In 2008, 227 newborns were admitted during the same time period. The rate of neonatal death following VE was 3,8% and 2,6%. The proportion admitted for a period of seven days or more was 8,6% and 5,7% respectively.

Discussion. In 2008 there appear to be fewer babies born with low Apgar scores and that those born through vacuum extraction have a marginally improved outcome in comparison with those born in 2006. There is space for optimism here!

Poster

55 ERFARINGER FRA BRUK AV LAPAROSKOPISIMULATOR I SPESIALISTUTDANNINGEN

Goderstad JM¹, Westgaard G²,

¹ Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus, Ullevål, Oslo. ² SimSurgery, FoU avdelingen, Oslo.

Bakgrunn. Bruk av simulator er innarbeidet som en del av ferdighetstreningen innen luftfart, romfart og offshore virksomhet. Det er mye som tyder på at dette er en treningsform vi kan ha nytte av i gynekologien. Flere studier konkluderer med at man kan bedre sine operative, laparoskopiske ferdigheter ved å trene på laparoskopisimulator. I 2005 skaffet sykehuset seg to laparoskopisimulatorer. Disse var plassert i Utdanningscenteret frem til januar 2009. Da flyttet vi en av simulatorene til Kvinneklinikken. I avdelingens generelle utdanningsplan er det informasjon om simulatortrening og vi har simulatortrening som tema på internundervisningen. I 2009 ble legene i spesialisering (LIS) på gynekologisk-, urogynekologisk- og gynekologisk seksjon, syv stk, oppfordret til å gjennomføre spesielle øvelser på simulatoren.

Vi ønsket å kartlegge om bedret tilgjengelighet ville øke simulatortreningen. I tillegg ville vi se på bruken blant legene i spesialisering.

Metode. Vi har gjennomgått de registreringene vi har på simulatorbruk. Fra september 2005 til januar 2009 var det Utdanningscenteret som registrerte bruken. Dessverre er disse dataene mangelfulle. Vi håper å fremskaffe komplette data i løpet av sommeren. For å få et inntrykk av bruk kontaktet vi koordinatoren på Utdanningscenteret. Fra januar 2009 har vi brukerdataba registrert i en database i simulatoren.

Resultat. Bruken av simulator økte betraktelig etter at den ble flyttet til Kvinneklinikken. Før flyttingen var simulatorene sjelden i bruk. Det var i forbindelse med internundervisning og lignende man kunne registrere treningsaktivitet. I 2009 har den ene simulatoren en registrert treningstid på 17 timer fordelt på 56 pålogginger. Dette gir en gjennomsnittlig treningstid på 18 minutter per pålogging.

Legene som ble oppfordret til å gjennomføre et program står for 66 % av treningstiden. De har en gjennomsnittlig treningstid på 35 minutter per pålogging. Gjennomsnittlig antall pålogginger per lege er 2,7. Resten av legegruppen har en gjennomsnittlig treningstid på 9 minutter per pålogging.

Konklusjon. Treningstiden på simulator øker når tilgjengeligheten er god, simulatoren har et treningsprogram og det stilles krav til gjennomføring.

56 VACCINATION AGAINST HUMAN PAPILLOMAVIRUS – AN IMPACT ON PRETERM DELIVERY? ESTIMATIONS BASED ON LITERATURE REVIEW

Sjoberg KD¹, Eskild A^{2,3,4}.

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Oestfold Hospital Trust, Norway, ²Department of Obstetrics and Gynecology, Akershus University Hospital, Norway, ³ Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway, ⁴Division of Mental Health, Norwegian Institute of Public Health.

Objective. Cervical cone excision increases the risk of preterm deliveries. Vaccination against human papillomavirus 16/18 (HPV16/18) will probably prevent development of high grade cervical intraepithelial neoplasia and thereby reduce the need for cervical cone excisions. An HPV16/18 vaccination programme may therefore also prevent some preterm deliveries.

Methods. We identified the parameters influencing the effect of a HPV16/18 vaccination programme on preterm deliveries, and estimated a possible range of preventable deliveries before the 37th week of pregnancy. The number of preterm deliveries prevented by HPV16/18 vaccination programme would depend on the number of preterm deliveries related to cervical cone excision (extent of the health problem), and the proportion of this health problem that could be prevented by a vaccination programme. We obtained values on the parameters used in the estimations from the scientific literature.

Results. If 2% of childbearing women are treated with cervical cone excision, between 60 and 220 preterm deliveries/100 000 births may be related to such treatment. Close to 60% (between 35 and 128 preterm deliveries) could be prevented by an HPV16/18 vaccination programme, if the programme coverage was 90%. If 4% of women are treated with cone excision, between 70 and 257 preterm deliveries/100 000 births could be prevented.

Conclusion. HPV16/18 vaccination programmes may reduce the number of preterm deliveries through reducing the need for cone excision.

Poster

57 HPV-VAKSINEN HJELPER DEN?

Eskild A

Kvinneklubben, Akershus universitetssykehus

Bakgrunn. Innføring av HPV 16/18 vaksinen er basert på at 70% av livmorhalskreft-tillfellene blant vaksinerte kan forebygges. Hvilken kunnskap finnes egentlig om vaksineeffekt på kreft og på kreftforstadier?

Materiale og metode. Litteratursøk om i) vaksineeffekt. ii) forekomst av HPV genotyper i vev med kreft og kreftforstadier; iii) progresjonsrater til neoplasier etter HPV genotype.

Resultater. Studier av vaksineeffekt på kreft finnes ikke. Randomiserte studier har vist 100% effekt på forstadier til kreft (CIN2+) som skyldes HPV16/18. Overall effekt på forstadier har i liten grad vært rapportert, men effekt-estimer fra kliniske studier eller met-analyser varierer fra 20 til 60% overall reduksjon av CIN2+. Vaksineeffekten vil blant annet avhenge av forekomst av HPV16/18 i befolkningen og disse virustypenes onkogene potensial sammenliknet med andre HPV-genotyper. I Norden er HPV16/18 funnet i rundt 60% av kreftforstadiene, men sammen med andre høyrisiko HPV genotyper i rundt 40%. Om disse andre HPV-genotypene har evne til å gi kreft og hvor langt tid det i så fall vil ta, er i liten grad kjent. Prospektive studier av progresjonsrater til neoplasier i livmorhalsen etter HPV-genotype er pågående. Mye tyder på at progresjonsraten til neoplasier er raskest ved HPV16-infeksjon med median tid etter smitte til CIN2+ på under 5 år.

Konklusjon. HPV16/18 vaksineeffekt på livmorhalskreft og CIN2+ kan vanskelig antas ut ifra forekomst av HPV-genotyper i befolkningen. Slik kunnskap må skapes i randomiserte studier. Kunnskap om forekomsten av HPV genotyper og de ulike HPV-genotypens sykdomsfremkallende evne er ennå mangelfull, og slik kunnskap kan kun gi en indikasjon om vaksineeffekt. Vår kunnskap om vaksineeffekt er mangelfull.

Poster

58 KAN STIGNINGEN I FOREKOMSTEN AV OBSTETRISK ANAL SFINKTERSKADER FORKLARES VED ENDRINGER I FØDELSPOPULASJONEN OG OBSTETRISKE RUTINER?

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

¹Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus, Bergen, ² Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen, ³Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, ⁴Medisinsk fødselsregister, Statens institutt for folkehelse, Bergen

Bakgrunn. I 2002 begynte vi en studie på Kvinneklubben i Bergen for å validere registreringer av obstetrisk anal sfinkterskade (OASS) i Medisinsk fødselsregister. Resultatet viste høy validitet av fødselsregisterets registrering, bedre i 2000-02 kohorten enn i 1990-92 kohorten. Det er rapportert en økning i forekomsten av OASS i Norge og internasjonalt. Formålet med denne studien var å undersøke forekomsten av OASS i Norge fra 1967 til 2004, og se om endringer i populasjonen og de obstetriske rutiner kan forklare økningen.

Metode. Studien er en del av en populasjonsbasert kohortstudie som kartlegger risikofaktorer for OASS. Studien er basert på data fra Medisinsk fødselsregister og omfatter alle meldte fødsler i 1967-2004. Logistisk regresjon er anvendt for å undersøke om endringer i populasjonen og de obstetriske rutiner kan forklare økningen i OASS.

Resultater. Forekomsten av OASS økte gjennom studieperioden fra 0,4 % til 4,1 %. Samtidig økte anvendelsen av vaginal instrumentell forløsning, keisersnitt og epidural analgesi. Antall tangforløsninger minket fra 1,8 % til 1,3 %, men vakuumbeføring økte fra 1,8 % til 8,1 % og keisersnitt fra 2 % til 15,3 %. Blant nullipara ble 13,5 % forløst instrumentelt mot 2,1 % av multipara. Andelen av barn med fødselsvekt over 4 kg økte med 5 %. Mors alder ved første vaginale fødsel steg i perioden. Vi fant en direkte sammenheng mellom økning i mors alder og økning i fødselsvekt og instrumentell forløsning. Økningen av OASS over tid bestod etter justering for endringer i populasjonen og obstetriske rutiner.

Konklusjon. Økningen i forekomsten av OASS kan delvis forklares ved endringer i populasjonen og obstetrisk praksis eller bedre registreringsrutiner og diagnostikk. Andre forhold som kan ha bidratt til økningen er andel eldre fødende med første vaginale fødsel, bl.a. som følge av økt bruk av keisersnitt og økende andel barn med fødselsvekt over 4 kg og instrumentell forløsning.

59 FEMINA – EFFEKTEN AV Å IMPLEMENTERE RETNINGSLINJER FOR UTREDNING AV KVINNER MED LITE LIV OG ENHETLIG INFORMASJON TIL GRAVIDE

Tveit JVH¹, Saastad E^{2,3}, Stray-Pedersen B¹, Børdal PE⁴, Frøen JF²

¹Perinatalt forskningssenter, Universitetet i Oslo, Kvinneklubben, Rikshospitalet; ²Nasjonalt Folkehelseinstitutt; ³Høgskolen i Akershus, Lillestrøm; ⁴Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus, Seksjon for gynekologi og obstetikk; Universitetet i Bergen.

Bakgrunn. 4-15 % av gravide kvinner opplever "lite liv" i løpet av svangerskapet. Disse har større risiko for patologi som veksthemming, preterm fødsel og fosterdød. I en prospektiv populasjonsbasert kvalitetsforbedrings studie utført ved 14 sykehus på Østlandet og Bergen ble alle kvinner med bekymring for lite liv i tredje trimester registrert. Vi fant at informasjonen gitt til gravide om normal/reduert fosteraktivitet og håndtering av kvinner med lite liv varierte ved de ulike sykehusene. Som et resultat ønsket vi å følge to kohorter kvinner med lite liv før og under to konsensusbaserte intervensjoner. Vi ønsket å studere effekten av: 1) å gi enhetlig informasjon til gravide om barnets spark og bevegelser inkludert en invitasjon til å monitorere spark, 2) implementere konsensusbaserte retningslinjer for utredning av kvinner med lite liv ved sykehus inkludert i studien.

Metode. Prospektiv populasjonsbasert kvalitetsforbedrings studie der alle gravide med bekymring for lite liv i tredje trimester (enkeltsvangerskap) ble registrert ved alle 14 sykehusene. Svangerskapsutkomme ble registrert separat. Studien varte i 3 år: fra april 2004 til mars 2007 (observasjons periode: april - oktober 2005, intervensjonsperiode: november 2005- mars 2007).

Resultater. Av 19407 fødsler, ble 1215 kvinner med bekymring for lite liv registrert i perioden før intervensjon mot 3014 kvinner blant 46143 fødsler etter. Vi fant ingen økning i antall konsultasjoner for lite liv under intervensjonen (OR 1,05 95 % KI 0,98-1,12, p=0,19). Andelen dødfødsler blant kvinner med lite liv ble betydelig redusert under intervensjonen: 4,2 % versus 2,4 %, (OR 0,51 95 % KI 0,32-0,81), og 3,0/1000 versus 2,0/1000 i den totale studie populasjonen (OR 0,51 95 % KI 0,32-0,81, p= 0,004). Det var ingen økning i for tidlig fødsler, veksthemming eller overføring av nyfødte til intensivt blant kvinner med lite liv under intervensjonen. Bruk av ultralyd økte, mens antall innleggelses, induksjoner og kvinner satt opp til ny kontroll ble redusert.

Konklusjon. Det synes å være betydelige muligheter for kvalitetsforbedring ved bedret årvåkenhet og adekvat håndtering av kvinner med lite liv. Randomiserte kontrollerte studier for å kunne definere den optimale håndtering og informasjon til gravide kvinner med bekymring for lite liv etterlyses.



Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) – 5. Videnskabelige Møde
 Nordisk Urogynækologisk Arbeidsgruppe (NUGA) – 26th Annual Meeting
 22 – 23 January 2010
 Hotel Scandic, Copenhagen



Mark your calendar!

- Invited key-note lectures
- Multi-disciplinary interactive sessions
- Free communications
- Nordic theses
- Hands-on workshops

DUGS-mødet afholdes på dansk. The NUGA-meeting will be held in Scandinavian and English. Programme and registration details will be available at www.nuga-info.org and www.dugs.dk Deadline for submission of abstracts and for low-fee registrations is 20 November 2009.

A NUGA-sponsored Research Grant of a sum up to □ 15.000 will be awarded at the meeting.

Please check www.nuga-info.org for information and deadlines.

Kolposkopi-kurs 2009

Sted: Fredrikstad, Sykehuset, 2. september kl 12.00- 18.00

6 sesjoner á 45 min

- 1. Cervix: Anatomi og patologi / Etiologi av cervixforandringer**
- 2. Kolposkopi av den normale cervix / terminologi**
- 3. Kolposkopi av patologiske cervixforandringer**
- 4. Prøvetaking – praktiske aspekter**
- 5. Avvikende prøvesvar / dysplasier – oppfølging av prøvesvar
- spesielle pasientgrupper: gravide, pre- og postmenopausale kvinner**
- 6. Konisering – praktiske aspekter og evt. praktiske øvelser**

Etter den store suksessen med fjorårets kurs i Fosterovervåkning i Bodø, arrangerer styret i FUGO igjen et kurs umiddelbart før FUGO sitt årsmøte. Kurset avholdes 2. September 2009 i Fredrikstad. Kurset er godkjent som valgfritt kurs (6 tellende timer) for leger i spesialisering, og for spesialistenes etterutdanning, i Fødselshjelp og kvinnesykdommer.

I år har vi valgt kolposkopi som tema. Kolposkopi, prøvetaking fra cervix og konisering er hverdagsliv ved de fleste gynekologiske poliklinikker og vi ønsker å forbedre og fordype kunnskapen om dette blant leger i spesialisering. Kurset vil omfatte en stor del bilder av kolposkopi-funn og tolking av disse, samt grunnleggende praktiske tips i gjennomføring av kolposkopien. I tillegg planlegger vi som tema praktisk gjennomføring av "prøvetaking", dvs praktiske råd om cytologi, biopsier og cervikal abrasio, samt "konisering" og de forskjellige teknikker som man kan bruke her. Hele kurset skal ha praktiske aspekter i fokus. Programmet finner dere lengre ned. Vi gleder oss over å ha fått Prof dr.med Bjørn Hagen fra St. Olavs Hospital og overlege Caroline Ravndal fra Stavanger Universitetssykehus som forelesere.

Man kan melde seg på kurset gjennom kurskatalogen på Legeforeningens sine hjemmesider. Hittil er vi fornøyd med antall påmeldinger (rundt 25), men det er fremdeles noen plasser ledige.

Foredragsholder:

Prof. Dr. med Bjørn Hagen, Seksjonsoverlege, St. Olavs Hospital
Caroline Ravndal, Overlege, Stavanger Universitetssykehus



Prof. Dr. med **Bjørn Hagen** studerte medisin i Bergen og ble spesialist i Fødselshjelp og kvinnesykdommer i 1986 (Kvinneklinken, Trondheim). Rask fant han ut at han er mest interessert i gynekologisk onkologi. I 1991 disputerte han ved NTNU med thesis: "Thio-TEPA: Pharmacokinetics and pharmacodynamics in ovarian cancer patients, and experimental studies of serum protein binding and metabolism". Siden 1989 har han arbeidet ved seksjon for gynekologisk kreft ved Kvinneklinken på St. Olavs Hospital og er seksjonsoverlege her siden 1999 med tilhørende professorat siden 2000. Fra 2003 til 2007 hjalp han aktiv å bygge opp gyn.cancer seksjon v/ UNN, Tromsø. Han er en av de ledende hoder innen gyn.onkologi i Norden og har blant annet vært formann i NFGO (Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi). Han har stor interesse i diagnostisering, behandling og oppfølging av precancrøse cervixforandringer og redaktør for Norsk Veileder i onkologisk gynekologi 2009 som publiseres på nettet i disse dager. Således passer han utmerket som foreleser til kurset vårt.



Caroline Ravndal arbeider til daglig ved Kvinneklinken - Stavanger Universitetssykehus. Hun studerte medisin ved Universitetet i Bergen og begynte ved patologisk avdeling i 1988 etter turnus, som den gang het Sentralsykehuset i Rogaland. Arbeidet mye med gynekologisk patologi og hadde særlig interesse for cytologi og cervixpatologi. Ble etterhvert spesialist i patologi og arbeidet som seksjonsoverlege ved cyt-seksjonen. Fra januar 2002 flyttet hun over til Kvinneklinken og ble etterhvert også spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp. Synes fortsatt HPV og cervixpatologi er spennende.

Vi i FUGO er veldig glad for å ha fått med oss Caroline Ravndal og Bjørn Hagen til kolposkopikurset.



For pasienter med urgency.

Vesicare® (solifenacin) reduserer antallet episoder med urgency og forlenger varslings tiden.¹



Vesicare®. Kompetitiv, spesifikk kolinerge reseptorantagonist. **ATC-kode: G04B D08. TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder: 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). **Indikasjon:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **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. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. Overgang i morsmelk: Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Klassespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørrehet er sett hos 11% behandlet med 5 mg 1 gang daglig og hos 22% behandlet med 10 mg 1 gang daglig. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. Syn: Tåkesyn. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Gastrosofageale reflukssykdommer, tørr hals. Hud: Tørr hud. Luftveier: Nasal tørrhet. Neurologiske: Somnolens, dysgeusi. Syn: Tørre øyne. Urogenitale: Urinveisinfeksjon, vannlatingsbesvær, urinretensjon, cystitt. Øvrige: Tretthet, perifere ødemer. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Obstruksjon i colon, fekal impaksjon. Det er ikke sett allergiske reaksjoner under den kliniske utviklingen, men at allergiske reaksjoner kan oppstå kan aldri utelukkes. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Høyeste solifenacinsuksinatdose administrert er 100 mg som engangsdose. De mest vanlige bivirkningene ved denne dosen er hodepine (mild), munntørrehet (moderat), svimmelhet (moderat), døsighet (mild) og tåkesyn (moderat). Det er ikke rapportert tilfeller av akutt overdosering. Behandling: Ved overdosering bør pasienten behandles med aktivt kull. Ventrikelskylling kan foretas, 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. myokardisemi, arytmi, kongestiv hjertesvikt). **Forsiktighetsregler:** Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes for 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/gastrosofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av osofagitt, autonom neuropati. Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av en potent CYP 3A4-hemmer. Sikkerhet og effekt er ennå ikke undersøkt hos pasienter med en neurogen årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær 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 før 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. solifenacindose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, nefinavir, itraconazol). **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. **Pakninger og priser:** 5 mg: 30 stk. kr. 399,30, 90 stk. kr. 1119,50. 10 mg: 30 stk. kr. 487,00, 90 stk. kr. 1391,10. T: Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). Refusjonskode: ICPC: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens Vilkår: Ingen spesifisert. **Kilde:** 1. Karam et al. Urology, Volume 73, nummer 1, January 2009, p. 14-18.

Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 05.01.2006. Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Teksten sist endret 01.09.08. Astellas Pharma, Solbråveien 47, N-1383 Asker. Tel: +47 66764600. Fax: +47 66903520. E-mail: kontakt@no.astellas.com, www.astellas.no

Kurs i Laparoskopisk kirurgi

Ullevål, 15-16. oktober 2009

Torsdag 15. oktober

0815: Kaffe og registrering

0830: Velkommen. Bjørn Busund

Laparoskopi teori, del 1 – møteleder Erik Qvigstad

0835: Anatomi . Jeanne Mette Goderstad

0850: The "Entry"- etablering av pneumoperitoneum. Anton Langebrekke

0905: Basale prinsipper og teknikker i laparoskopi. Knut Magne Uv

0930: Kaffe

0945: Ektopisk graviditet- laparoskopisk behandling. Rune Svenningsen

1015: Adnexcyster . Laparoskopi ved radikal og konservativ behandling. Jelena Kistic-Trope.

1045: Kaffe

1100: PID og laparoskopisk kirurgi. Olav Istre

1120: Myomer – konservativ laparoskopisk behandling. Olav Istre

1140: Pause

1150: Lunsj

Laparoskopi praktisk del 1- Møteledere Anton Langebrekke og Jeanne Mette Goderstad

12.30 -1700 "Live" operasjoner og stasjonstrening

Fredag 16. oktober

Laparoskopi teori, del 2 – møteleder Erik Qvigstad

0815: Kaffe

0830: Suturteknikk. Uv.

0850: Endometriose. Langebrekke

0930: Kaffe.

0945: Subtotal hysterectomi. Lieng

1010: Hysterectomi med bekkenkirurgi. Langebrekke

1030: Kaffe

1045: Komplikasjoner. Langebrekke

1115: Lunsj

Laparoskopi praktisk del 2- Møteledere Anton Langebrekke og Jeanne Mette Goderstad

1200-1500. "Live" operasjoner og stasjonstrening.

1500: Evaluering. Kurskomiteen

1515: Avslutning

Godkjenninger:

Målgruppe: Utdanningskandidater og spesialister i gynekologi og fødselshjelp.

Læringsmål: Tilegne seg generelle kunnskaper om laparoskopisk kirurgi. Få praktisk trening på modeller.

Kurskomite: Seksjonsoverlege Anton Langebrekke, Erik Qvigstad og Jeanne-Mette Goderstad.

Kurssted: Kvinneklubben Ullevål Universitetssykehus.

Påmelding til: Kontor for legers videre- og etterutdanning (Oslo), Den norske legeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 OSLO.

Påmelding E-post: kurs.oslo@legeforeningen.no

Påmeldingsfrist: 20. september 2009

Antall deltakere: 25

Antall kurstimer:

Kurspris:

NFOG Specialist Course 2009 on Vulvar Diseases

November 18th – 19th 2009

Hotel ParkInn, Copenhagen



The Educational Committee of NFOG is proud to invite you to the first NFOG Specialist Course this year. The program will deal with many aspects on vulvar diseases, with Nordic as well as international top speakers. The course is the first 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. We expect a high level course on today's knowledge on vulvar diseases, and we are looking forward to welcoming you all in Copenhagen. Please make sure already now that you're able to attend. Below you find the preliminary program, with all confirmed speakers. However, changes may apply later.

This first announcement will be followed by a final announcement at the end of April with detailed information on registration, fees, accommodation etc. The final announcement will be available via www.nfog.org as well as via the national societies.

Anders Atke

Chair of the Educational Committee of NFOG

Preliminary program

Wednesday November 18th 2009 Vulvar diseases section

- 10.30 – 10.55 Registration
- 10.55 – 11.00 Introduction NFOG educational committee
- 11.00 – 11.30 The normal vulva Micheline Moyal – Barracco, MD (FR)
- 11.30 – 11.50 Lichen Sclerosus Sallie Neill, MD (UK)
- 11.50 – 12.10 Lichen Planus Micheline Moyal – Barracco, MD (FR)
- 12.10 – 13.00 Other dermatoses, topical treatment Sallie Neill, MD (UK)
- 13.00 – 13.10 Questions to the panel
- 13.10 – 14.10 Lunch break
- 14.10 – 14.40 Vulvar ulcers Karin Edgardh, MD Dr.med. (NO)
- 14.40 – 15.00 Pigmented lesions of the vulva Shireen Velangi, MD (UK)
- 15.00 – 15.15 Histologic diagnostics of vulvar diseases Lecturer to be announced
- 15.15 – 15.35 RVVC Sophia Ehrstoem, MD Ph.D. (S)
- 15.35 – 16.05 Coffee break
- 16.05 – 16.25 DIV Susanne Christau, MD (DK)
- 16.25 – 17.15 VIN, VAIN and Paget's disease, clinical features, treatment Marc van Beurden, MD (NL)
- 17.15 – 18.00 Hidradenitis suppurativa Gregor Jemec, MD Dr.med. (DK)
- 18.00 – 18.30 Questions to the panel
- 19.30 Dinner

Thursday November 19th 2009 Vulvodynia section

- 09.00 – 09.40 Medical and physical predictors of vulvodynia Nina Bohm–Starke, MD Ph.D. (S)
- 09.40 – 10.10 Psychosexual predictors of vulvodynia Christina Damsted Petersen, MD (DK)
- 10.10 – 10.40 Surgical treatment of vulvodynia Jorma Parvoonen, MD (FI)
- 10.40 – 11.10 Coffee break
- 11.10 – 11.40 Physical therapy of vulvodynia Birthe Bonde, Physiotherapist (DK)
- 11.40 – 12.10 Psychosexual treatment of vulvodynia Christina Damsted Petersen, MD (DK)
- 12.10 – 12.30 Swedish experiences with multi disciplinary treatment of vulvodynia Nina Bohm–Starke, MD Ph.D. (S)
- 12.30 – 13.00 Questions to the panel
- 13.00 Closing remarks NFOG Educational Committee

NFOG news

Dear colleges

Please find below some important dead lines before the summer holidays:

NFOG Educational course 2009 on Vulvar Disease will be arranged in Copenhagen on Wed-Thu **Nov 18-19 2009**. On Wednesday the program includes different topics on non-malignant vulvar diseases, and Thursday will be dedicated for vulvodynia. For details please see www.nfog.org and the program in this issue of Gynekologen.

The dead line for the NFOG Visitor Program is Nov 1 2009. The program was started in 2004, and since then over 20 NFOG members have visited another clinic in Nordic countries for 1-2 weeks. The program is open for both clinical and scientific visits. The national members of the NFOG board as well as Scientific and Educational committees will be happy to help you in finding or getting in contact with a clinic having special expertise in your field. Further information can be found at NFOG homepage.



NFOG board.

The NFOG 2010 Congress will be in Copenhagen June 16-18 2010. Planning the program by a group of experts chaired by Peter Hornnes started soon after the last meeting in Reykjavik, and we can look forward to another successful NFOG congress next summer. From each Nordic country one academic thesis published in 2009-2010, and announced to the **NFOG**

Thesis Registry will be chosen to a special Thesis Session. Please see the instructions at the homepage.

On the behalf of the NFOG board I wish you all sunny summer days !

Seija Grénman, Chairman, NFOG

Kongresskalender

| | Dato | Kurs | Sted |
|------|--------------|---|-------------------------|
| 2009 | 3.-5.sep | NGF Årsmøte | Fredrikstad |
| | 10.-13.sep | 8th Congress of the European Society of Gynecology | Rome, Italy |
| | 13.-17.sep | 19th World Congress on Ultrasound in Obstetrics & Gynecology | Hamburg, Germany |
| | 30.sep-4.okt | ICS Annual meeting | San Francisco, USA |
| | 4.-9.okt | XIX FIGO World Congress of Gynecology & Obstetrics | Cape Town, South Africa |
| | 12.-16.okt | 16th ESGO International Meeting | Belgrade, Serbia |
| | 16.-17.okt | Kurs i Laparoskopisk kirurgi | Ullevål, Oslo |
| | 17.-21.okt | 65th Annual meeting: American Society of Reproductive Medicine | Atlanta, USA |
| 2010 | 24.-28.okt | 9th World Congress of Perinatal Medicine | Berlin, Germany |
| | 18.-19.nov | NFOG Educational Course on Vulvar diseases | Copenhagen |
| | 8.-10.des | Workshop - Bekkenbunnskirurgi; Teori og virkelighet | Kvinneklubben, AHUS |
| | 17.-20.feb | EUROGIN 2010. Cervical cancer prevention: 20 years of progress | Monte-Carlo |
| | 4.-7.mar | 14th World Congress of Gynecologic Endocrinology | Firenze, Italy |
| | 16.-20.mai | 17th International Congress of Cytology | Edinburgh, Scotland |
| | 16.-18.jun | 37th NFOG Congress | Copenhagen, Denmark |
| | 12.-15.aug | Comprehensive Colposcopy | San Francisco, USA |



Tilby et prevensjonsmiddel som er like sikker som sterilisering, men som er reversibel^{1,2)}



NUSTAD & PARTNERS AS, OSLO

04-09-0154 NO

 **Mirena**[®]
levonorgestrel 20 µg/24 timer

Referanser: 1) K. Andersson et al. Contraception 1994;49:56-72. 2) WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 2004

C Mirena Bayer Schering Pharma Oy Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G02B A03

INTRAUTERINT INNLEGG 20 µg/24 timer: Hvert intrauterint innlegg inneholder: Levonorgestrel 52 mg, jernoksid (E 172), hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. Idiopatisk menoragi. Beskyttelse mot endometriehyperplasi under substitusjonsbehandling med østrogen. **Dosering:** Settes inn innen 7 dager etter påbegynt menstruasjon. Bytte til nytt innlegg kan gjøres under hele syklus. Kan også innsettes i forbindelse med abortingrep i 1. trimester. Etter fødsel ventes minst 6 uker før innsetting. Dersom preparatet brukes til beskyttelse av endometriet under substitusjonsbehandling med østrogen, kan innsettingen skje når som helst hvis kvinnen er blødningsfri, i andre tilfeller i løpet av de siste dagene av menstruasjonen eller bortfallsblødningen. Livmorinnet skal fjernes/byttes etter 5 år. **Kontraindikasjoner:** Kjent eller mistenkt graviditet. Nåværende eller tilbakevendende bekkeninfeksjon. Infeksjon i nedre urinveier. Postpartum endometritt. Septisk abort i løpet av 3 siste månedene. Cervicitt. Cervikal dysplasi. Cancer i uterus eller cervix. Udiagnostisert unormal uterin blødning. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer dersom de påvirker livmorhulen. Tilstander som øker infeksjonsfaren. Akutt leversykdom eller levertumorer. Overfølsomhet for noen av hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Før innsetting foretas en generell og gynekologisk undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, cervixutstryk samt grundig familieanamnese. Graviditet, seksuelt overførbare sykdommer og genital infeksjon må utelukkes. Ny legekontroll bør skje 4-12 uker etter innsetting, og deretter 1 gang hvert år. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Livmorinnet må fjernes ved tilbakevendende endometritt eller underlivsinfeksjoner eller dersom en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle innen få dager. Livmorinnet bør vurderes tatt ut eller brukes med forsiktighet, hvis en eller flere av følgende tilstander foreligger eller oppstår for første gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer som tyder på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markant blodtrykkstigning, påvist eller mistenkt hormonavhengig neoplasmi, inkl. brystkreft, alvorlig hjerte-karsykdom, som slag eller myokardinfarkt. Mirena kan brukes med forsiktighet ved medfødt hjertesykdom eller hjerte-kar sykdom med risiko for infeksøs endokarditt. Antibiotikaproylase bør gis til disse pasientene når innlegget settes inn eller fjernes. Innlegget må også fjernes dersom livmorveggen perforeres (f.eks. ved innsetting). Menstruasjonsforstyrrelser som oligomenoré og amenoré bør utredes. Spesielt viktig er det å være klar over at blødningsforstyrrelser, særlig ved samtidige underlivssmerter, kan bety ekstrauterin graviditet. Ved ev. graviditet skal livmorinnet fjernes umiddelbart. Livmorinnet kan støtes ut uten at kvinnen merker det. Symptomer på delvis eller fullstendig utstøtning kan være økt blødning eller smerte. Delvis utstøtning reduserer den antikonsepsjonelle effekten. **Interaksjoner:** Metaboliserings- og progesteragen kan øke ved samtidig bruk av enzyminduserende legemidler, slik som krampedempende midler (fenobarbital, fenytoin, karbamazepin) og antiinfektiva (rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz). Innvirkningen på den antikonsepsjonelle effekten av Mirena er ukjent, men er sannsynligvis av liten betydning pga. livmorinnet hovedsakelig lokale virkning. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta. Livmorinnet skal ikke brukes ved kjent eller mistenkt graviditet. Innlegget bør tas ut ved graviditet, ettersom intrauterine antikonsepsjonsmidler som blir sittende in situ øker risikoen for spontanabort eller prematur fødsel. Uttaking av innlegget eller sondering av livmoren kan resultere i spontanabort. Dersom kvinnen ønsker å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør hun informeres om risikoene og ev. konsekvenser for barnet i tilfelle prematur fødsel. En slik graviditet må følges nøye opp. Ektopisk graviditet bør utelukkes. Alle symptomer på komplikasjoner i graviditeten må rapporteres, f.eks. krampe og smerte i abdomen med feber. Pga. lokal hormonsponering, kan teratogenitet (spesielt virilisering) ikke utelukkes helt. Klinisk erfaring er begrenset. Ingen tegn på fosterskader, som anses å ha sammenheng med Mirena, er hittil registrert i de tilfeller graviditeten er fullført med livmorinnet på plass. Overgang i morsmelk: Levonorgestrel går over, men risiko for påvirkning av barnet synes usannsynlig med den dosen som frigis fra livmorinnet. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Endokrine: Ødem. Gastrointestinale: Buksmerter, underlivssmerter, kvalme. Hud: Akne. Sentralnervesystemet: Hodepine, nedstemthet, humørforandringer, nervøsitet. Urogenitale: Blødningsforstyrrelser, reversibel ovarialcyster, dysmenoré, vaginal utflod, cervicitt. Øvrige: Vektøkning, brystspenning, mastalgi, ryggsmerte, utstøtning. Mindre hyppige: Hud: Hirsutisme, hårfall, kløe. Urogenitale: Infeksjoner i underlivet. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Oppblåsthet. Hud: Utslett, urticaria, eksem. Sentralnervesystemet: Migrene, redusert libido. Øvrige: Perforasjon av livmoren. **Egenskaper:** Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigjør levonorgestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Består av et polyetylenskjelett med en hormongjerne bestående av en blanding av polydimetylsiloksan og levonorgestrel rundt den vertikale armen. Hormongjernen er dekket med en polydimetylsiloksanmembran som regulerer frigjøringen av levonorgestrel. Livmorinnet skjelett er impregneret med bariumsulfat for å gjøre den synlig ved røntgen. God antikonsepsjonell sikkerhet. Total graviditetsfrekvens: 0,16 pr. 100 kvinneår. Ektopiske graviditeter er anslått til 0,06 pr. 100 kvinneår. Virkningsmekanisme: Frigjør gjennomsnittlig 14 µg pr. døgn over en periode på 5 år. Inicialt frigjøres ca. 20 µg pr. døgn. Hovedsakelig lokale gestagene effekter i livmorhulen. De høye levonorgestrelkonsentrasjonene i endometriet hemmer den endometriske syntesen av østrogen- og gestagenreseptorene. Dette minsker endometriets følsomhet for sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt kan sees. Morfologiske forandringer i endometriet og svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert. Fortykkelse av sliminnen hindrer spermene i å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i livmor og eggledere hemmer spermie mobiliteten og -funksjonen og forhindrer befruktning. Ovulasjonen hemmes hos en del kvinner. Ved hormonell substitusjonsterapi brukes innlegget i kombinasjon med orale eller transdermale østrogenpreparater uten gestagener. Absorpsjon: Stabile plasmakonsentrasjoner på 0,4-0,6 nmol/liter hos kvinner i fertil alder og ca. 1 nmol/liter hos kvinner som står på østrogenbehandling, oppnås etter de første ukene etter innsettingen. Metabolisme: I leveren. Utskillelse: Via urin og fæces. **Pakninger og priser:** 1 stk. kr 1110,30. **Sist endret:** 26.03.2008.