

21-3
2008

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



ÅRSMØTEUTGAVEN 2008

Bodø 4.-6. september

■ Årsrapporter s. 11 ■ Program s. 24 ■ Abstrakts s. 28 ■



Spør du henne om urogenitale plager?

«Et stort helseproblem som er underbehandlet og underdiagnostisert»¹

Nesten hver annen kvinne over 60 år har ett eller flere symptomer på urogenital atrofi²:

- Tørrhet, svie og kløe i skjeden
- Smerter ved samleie
- Urinveisinfeksjoner, inkontinens og andre symptomer i nedre urinveier.

Bare 20 prosent av postmenopausale kvinner med symptomer på vaginal atrofi vil oppsøke lege på grunn av dette³. De kvier seg for å ta opp temaet – også med legen.

✓ **Vagifem[®]** vaginaltablett er et **effektivt⁴**, **renslig⁵** og **fleksibelt** valg for behandling av urogenital atrofi.

Benytter du svarslippen, får du tilsendt vår pasientbrosjyre (godkjent av Statens legemiddelverk) og vår nye informasjonsavis for kvinner 50+ «Bedre Underliv».

Referanser og FK-tekst er å finne på annen side i bladet.

Svarslipp

Sendes Novo Nordisk på fax 67 13 09 11. Husk: Skriv tydelig!

- Ja takk, vi ønsker tilsendt eks. av brosjyren «Underlivet endrer seg med årene – må det bli plagsomt?»
- Ja takk, vi ønsker tilsendt informasjonsavisen «Bedre Underliv»

Navn: _____

Adresse: _____



Novo Nordisk Scandinavia AS
Postboks 24, 1309 Rud.
Tlf. 67 17 85 00, Faks: 67 13 09 11
kundeservice-norge@novonordisk.com
www.novonordisk.no www.menopause-info.no



GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening

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

Ansvarlig redaktør

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: 51 74 14 80 / fax: 51 74 14 81

Forsidefoto

Kristin Skogøy

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2008/2009

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

Innhold

■ Redaktøren	5
■ Leder	6
■ Årsmøte	
NGFs representanter 2008	8
Årsrapport NGF	11
Årsrapport Kvalitetsutvalget	14
Årsrapport Laparoscopiutvalget	14
Årsrapport NPE/NGF	15
Årsrapport STAN	15
Årsrapport Spesialitetskomiteen	16
Årsrapport NFOG's Educational Board	16
Årsrapport NFGO	17
Årsrapport NGF økonomi 2007	18
Årsrapport EBCOG	20
Generalforsamling NGF 2008	22
Kjære kollega!	23
Program NGF Årsmøte	24
■ Abstrakt	
Abstakt-samling	28
■ FUGO	
Årsrapport FUGO	20
Generalforsamling, FUGO 2008	22
■ Kurs/kongress	
NFOG newsletter	42
Jubileumssymposium NUGG 10 år	43
Kurs i fosterovervåkning	43
Kurs UNN	44
Kurs København	45
Kurs AHUS	46



21-3
2008



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

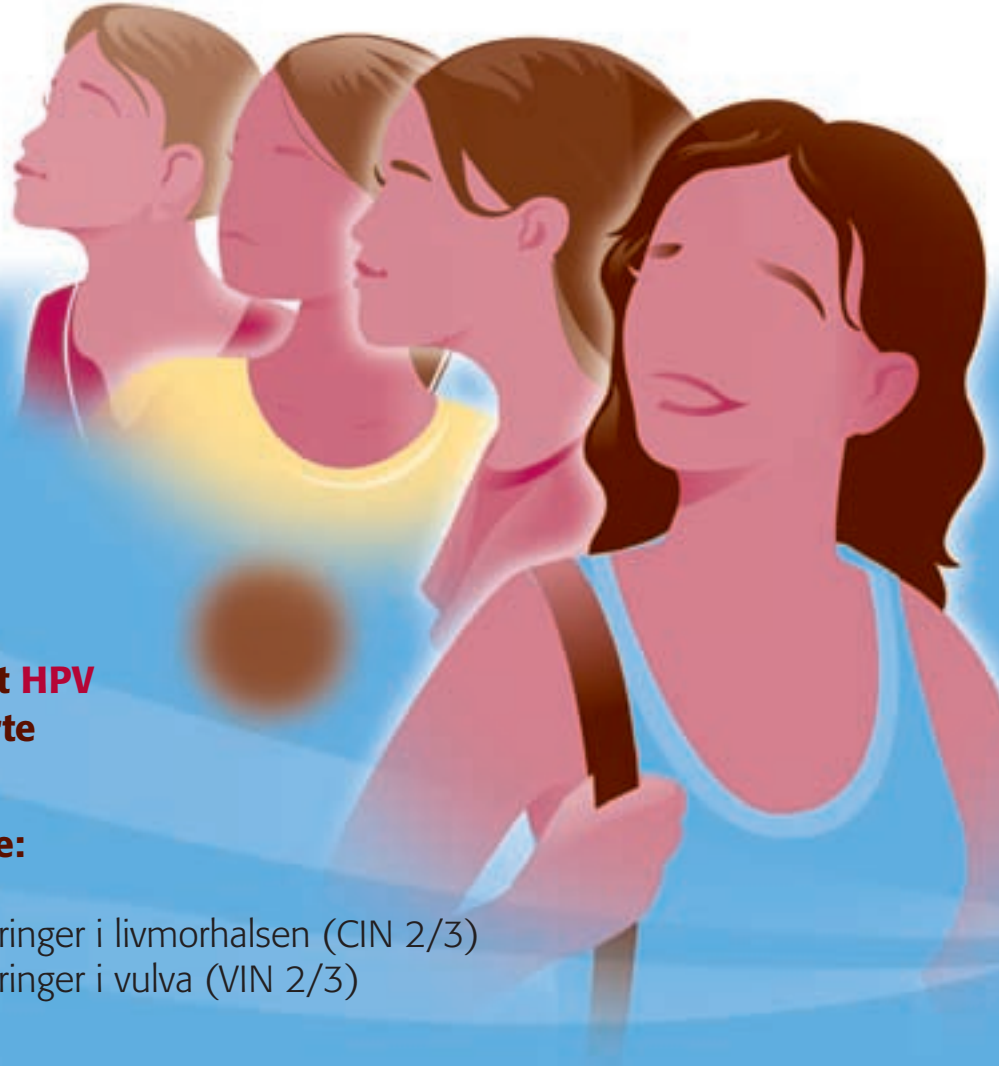
Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2008-2009

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 Universitetssjkehus	toea@sus.no	Tlf: 926 01 220



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

**Vaksinen som beskytter mot
4 papillomavirustyper og som
skal forebygge livmorhalskreft****



**Dokumentert effekt mot HPV
6, 11, 16 eller 18-relaterte
genitale sykdommer**

Gardasil® skal forebygge:

- Livmorhalskreft
- Høygradige celleforandringer i livmorhalsen (CIN 2/3)
- Høygradige celleforandringer i vulva (VIN 2/3)
- Kjønnsvorter

**For bred beskyttelse*
og tidlig nytte****

* Livmorhalskreft, celleforandringer i livmorhalsen, celleforandringer i vulva og kjønnsvorter relatert til HPV 6, 11, 16 og 18.

** Norsk SPC



sanofi pasteur MSD
vaksiner for livet

Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21
info@spmsd.com

Vel møtt i Bodø!



Det er tid for et nytt Årsmøte, denne gang i Bodø. Den lokale organisasjonskomité har lagt til rette for at dette skal bli en opplevelse av de helt store både faglig og sosialt, med bla. utflukt til Kjerringøy gamle handelssted. Der skal vi oppleve en av Nordlands vakreste steder og nyte godt av velkjent, nordnorsk gjestfrihet. Det er virkelig noe å glede seg til!

Det faglige programmet er omfattende og inviterer til engasjement. Strukturdebatten fortsetter, og vi venter i spenning på fremleggelsen av rapporten fra arbeidsgruppen ledet av Tone Skeie-Jensen. Gruppen har hatt som mandat "å utarbeide en oversikt over situasjonen for spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer i Norge med hensyn til spesialistproduksjon, stillingsmarked og fremtidig utvikling".

Utviklingen innen faget går raskt. Det er en økende tendens til subspesialisering og nye metoder innen diagnostikk og behandling tvinger frem endring i organiseringen av helsetjenesten. Dagens sykehusstruktur ble utviklet i en tid da forholdene var svært annerledes enn i dag, og dette byr på store

utfordringer. I tillegg ser vi at kombinasjonen av økende pensjonsavganger og fortsatt etterspørselsvekst for spesialister fører til behov for økning i antallet stillinger for leger i spesialisering, både i og utenfor sykehus, de nærmeste årene. Dette stiller krav til oss som fagmedisinsk forening. Vi fyller ulike funksjoner i de ulike delene av faget, men vi må evne å se helheten. Det er viktig at vi spiller på samme lag med det for øye å fremme fagets utvikling til beste for hver enkelt pasient. Samlet må vi arbeide for at det gis rom for faglig fordypning, forskning og formidling av forskningsresultater må fremmes og vi må tilstrebe fleksible arbeidstidsordninger og ha fokus på arbeidsmiljøet. Dette er noe av forutsetningene for å kunne rekruttere kommende spesialister og for å kunne beholde seniorene, med den kompetanse de besitter, lengst mulig.

Tilfredse, velutdannede kolleger sikrer pasientbehandling av høy faglig kvalitet og effektiv utnyttelse av ressursene.

Vel møtt i Bodø!



Foto: Kristin Skogøy

- Rolf Kirschner
- Rikshospitalet, Oslo
- Rolf.Kirschner@rikshospitalet.no

Kjære medlemmer



Nettopp hjemkommet fra en særskilt vellykket NFOG-kongress på Island, er det bare å sette seg til "skrivemaskinen" igjen og forberede de neste slag. Redaktøren er nådeløs mht fristene, men så er jo resultatet blitt bra, om vi skal tolke tilbakemeldingene vi får i styret.

De norske fargene var godt representert i Reykjavik, noe vi hadde jobbet for både i NFOG-styresammenheng og i den vitenskapelige komiteen. Det er viktig at alle landene føler at de er godt representert i det vitenskapelige programmet for å tiltrekke deltagere. Denne gangen var selv værgudene på arrangørens side, noe som ikke var tilfelle i 1992. Det kunne vi jo ikke vite på forhånd, vi vel 900 som hadde funnet veien til "Haskolabio", deriblant 180 norske. Kongresstedet var såpass intimt at det var vanskelig å ikke treffe kjente, norske såvel som fra de andre nordiske landene, og det er jo endel av vitsen med disse kongressene. I tillegg til det gode været, som gjorde at mange fikk sett det islandske landskapet på sitt beste, fikk slitt hesteryggen, badet i varme pøler og ramlet ned i bresprekker, var det vitenskapelige programmet variert og godt.

NGF hadde medlemmer både som foredragsholdere, posterpresentatører, symposieledere og debattanter. Det ble delt ut reisestipender, Lillehammerstipend, foredrags- og posterpriser og belønninger. Vi gratulerer Jörg Kessler som vinner av en av foredragsprisene.

Så nå er det bare å forberede seg på København i juni 2010 og deretter Bergen i juni 2012 med Knut Hordnes som kongresspresident.

NFOGs representantskapsmøte kunne rapportere om en god økonomi, som brukes til kollegial- og vitenskapelig utveksling, hjelp til utviklingsland, arrangement av utdanningskurs og kongresser, og utvikling av tidsskriftet Acta. Sistnevnte har gjennomgått noe av en forandring etter redaktørskiftet, og med stigende "Impact-factor" er det å håpe at flere og flere vil sende manus til Acta. Dette vil igjen øke samme faktor, som jo har med siteringsfrekvensen å gjøre. Styret fikk gode tilbakemeldinger på spørsmålet om hvordan man kunne bruke mer av de oppsparte midlene til disse tiltakene. Utdanningsutvalget fikk medhold i å endre profil på kurset som holdes i "mellom-kongressåret" i forhold til "Hot Topics", som har vært arrangert tre ganger, og som ikke har dratt tilstrekkelig publikum i forhold til innsatsen og kvaliteten på innslagene. Sannsynligvis blir det et etterutdanningskurs i oktober 2009 i København om "Vulvasykdommer"-et emne der både utdanningsutvalget, styret og ikke minst undertegnede har en følelse at det er behov for mer læring. Som tidligere oppfordrer vi medlemmen å følge med på både NGFs og NFOGs nettsider for å få med seg alle mulighetene til å søke midler til videre- og etterutdanning.

Våren har vært en travel tid for foreningen, det fagmedisinske arbeidet gjennom legeföreningen opptar mer og mer tid. Landsstyremøtet i mai var preget av den helsepolitiske debatten og også forslaget om å gi industrien tilgang på meriterende kurser og kongresser. Vi fikk fortalt (tidligere) helseminister hva mye av tiden brukes til på sykehusene for tiden, spesielt mht. politikernes tro på IT, økonomistyring og tilhørende dokumentasjonskrav, som løsningene på styringsverkets produktivitetskrav. NGFs innstilling til industri kontra utdanningsmeritter er krystallklar, og vi mente at å tillate "medisinsk-teknisk industri" nærvær, men ikke representasjon for farmasøytisk industri på like fot, er et typisk "Ole-Brumm"-vedtak, som ikke griper fatt i det virkelige problemet: etikk, holdninger og integritet blant alle medlemmene.

I tillegg har det vært mye kommunikasjon i FAME angående "Hovedstadsprosessen", ikke minst har det vært diskutert hvilken betydning resultatene kan komme til å få på landsbasis. Særlig har "Akkuttfunksjonen" i lokalsykehus vært debattert, fordi hele prosessen (i den grad det er en reell prosess) omdefinierer sykehusbildet i foretaket og kanskje senere på landsbasis.

Noe som kanskje er mer aktuelt nå etter at vi fikk regjeringskommøbleringen denne uken. Det er vel ikke uten grunn at Jens setter sin (på alle måter) tyngste politiker på denne oppgaven i oppløpet av den rødgrønne regjeringsperioden. Med synkende opinionsmålinger, økende køer, større underskudd, mishagsyttringer fra store LO-forbund om foretaksreformen såvel som lokale Ap-lag om Hovedstadsprosessen,

parallelt med at Spekter vil ha pendlende leger og Sylvia har annonsert en ny Stortingsmelding i løpet av høsten om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Kan vi tro at vi får en helomvending? Med økte (olje)midler på statsbudsjettet, forslag om at foretakene omorganiseres til et nasjonalt sykehusdirektorat, med mindre fokus på bunnlinjen- og en eier av alle aktørene i SFB-omsorgen?

HOD har på forhånd invitert til møte med oss og de andre aktørene 25. juni om den fremtidige svangerskapsstrategien, og det blir spennende å høre hvilke innspill som kommer nå. Det nye nasjonale rådet, som jo er mer brukerpreget enn det gamle, var kanskje mer i Brustads enn i Hansens ånd?

Som nevnt i medlemsbrevet gikk Vårkurset av stabelen med særs gode tilbakemeldinger. Det var nesten bare toppnoteringer på evalueringene, som er meddelt kursledelsen med takk. Arrangør for neste års Vår møte er SUS, dvs. Stavanger Universitetssjukehus, med Bent Fiane som koordinator for en motivert gjeng kolleger. Styret vet at forutsetningene her er utmerkete, og ser

frem til arrangementet som vi vil bistå med gjennom vitenskapelig sekretær. Det blir mer om dette på årsmøtet i Bodø.

Da er vi kommet til denne utgavens hovedpoeng: Årsmøte og kurs i Bodø 4-6 september.

Dette er noe å glede seg til!!! Snakker vi om motivasjon er det intet som slår våre kolleger i Nord når de inviterer! Det sosiale programmet bl.a. med utflukt til Kjerringøy blir utmerket (særlig hvis dere snakker pent med vægudene). Styret mener at det er satt sammen et godt vitenskapelig program, bl.a. fortsetter vi strukturdebatten. Der skal bl.a. Tone Skeie Jensens komite legge frem sine funn mht. status i faget og den umiddelbare fremtiden.

Knut meddeler at det strømmer inn med frie foredrag, med sjanser til belønning og priser. Det er fortsatt muligheter for å søke forskningsfond og nominere til ærespris. Og i år er det de ekstra attraksjonene i at NUGGs jubileumsseminar arrangeres på onsdag 3. og at det er muligheter for LIS'ene

til å være på kurs i Bodø før årsmøtet.

Vi har mottatt noen meldinger om prisnivået, men til det kan vi bare mdele at Norge dessverre er et høykostland (0,4 l pils på Aker brygge koster kr 84), og vi subsidierer, som alltid, møtet ved en utjevning av inntekter.

Styret håper virkelig at avdelingslederne rundt om har avsatt muligheter for at så mange som mulig kan reise til Bodø i år, evt ved at man deler på det slik at resten får reise til Fredrikstad i 2009!

Regnet øser ned og jeg har begynt første del av ferien etter fredagsvakt med tvillinfødsler og høytrykk på fødeavdelingen, barsel proppfullt og hyperstimuleringspasient på vei fra distriktet. Men vel vitende om at jeg har dyktige kolleger rundt meg på avdelingen og i tillegg et særs motivert og arbeidvillig styre i NGF, kan jeg ta ferie med god samvittighet og håpe på bedre vær og en god sommer for alle medlemmene av foreningen, vi sees i Bodø!

Wyeth®

LOETTE®



LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

www.wyeth.no

NGFs representanter 2008

NGF'S representasjon i styrer/råd/komiteer

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

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

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

Gruppen er ikke et sakkyndig organ, men en læringsinnsats. 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)

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 Laparoskopiutvalget. Jardar Oma leder utvalget og driver registeret.

NETTREDAKSJONEN

Pooja Parashar

Sist oppnevnt: 2007

Funksjonstid: 4 år

Mandat: Ikke formalisert

GYNEKOLOGEN

Redaktør Runa S.Aabø, medredaktør Tom Seeberg

Sist oppnevnt: 2007

Funksjonstid: 2 år

Mandat: Ikke formalisert

KVALITETSUTVALGET

Line Bjørge (leder), Sverre Sand, Bjørn Hagen, Jan Martin Maltau

Sist oppnevnt: 2004

Funksjonstid: 4 år. Line Bjørge ønsker å avslutte i 2008

Mandat: ikke angitt

FUGO

Solhild Stridsklev, Ane Gerda Zahl Eriksson, Stig Hill, Sissel Oversand, Erik Andreas Torkildsen, Vilde Rasdal Lehland

Sist oppnevnt: 2007/2008

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 obstetikk og komme med forslag til nye prosedyrekoder innen fagområdet.

ANDRE RELATERTE INSTANSER:

SPESIALITETSKOMITEEN

Tone Skeie Jensen, Kjell Å. Salvesen, Klaus Oddenes, Benet Hjelseth, Kari Anne Trosterud (vara), Trond Melby Michelsen (vara), Elisabeth Magnussen Balstad (vara), Elisabeth Wik (YLF)

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, Lars Juul Hanssen, Anne Beate Vereide, Jostein Tjugum, Ingard Nilsen (fra NGF). I tillegg 6 vararepresentanter.

Sist oppnevnt: Opprettet 2005

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 (PVG 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/>



Slapp av – nå er det du som har kontrollen.

 **Vesicare**[®]
solifenacin

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

NYE REFUSJONSKODER 3. MARS:

ICPC: U04

ICD: N39.4

REFUSJONSBERETTIGET FOR MOTORISK
NEVROGEN HYPERAKTIV BLÆRE MED
LEKKASJE (URGE-INKONTINENS)

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

Id-kode: 432602.2008

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;95:993-1001.

2. FK-tekst 12.04.2007

Årsrapport

Norsk Gynekologisk Forening

Styret har i 2007 bestått av

Rolf Kirschner, Rikshospitalet, leder
 Bjørn Backe, St.Olavs Hospital, nestleder
 Knut Hordnes, Haukeland, vitenskapelig sekretær
 Hilde Sundhagen, Prakt.spes, Lillestrøm, kasserer
 Ingard Nilsen, UNN, sekretær
 Solhild Stridsklev, St. Olavs Hospital, FUGO.

Redaktøren av Gynekologen, Einar Berle, UUS, og Nettredaktøren, Pooja Parashar, Prakt spes, Bergen, har møtt på en rekke styremøter, i tillegg til at leder av spesialitetskomiteen Tone Skeie-Jensen, Radiumhospitalet, har vært tilstede på et møte.

Det har vært avholdt 7 styremøter, hvorav et "tenkemøte" over 1 ½ dag. I tillegg til de faste orienteringssakene fra NFOG/EBCOG/FIGO og "andre", har styret behandlet 127 saker, noen over flere møter. På tenkemøtet var temaene:

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

Medlemstall

1.1. 2007: 770 medlemmer hvorav 163 ikke-spesialister.

31.12.2007 796 medlemmer, hvorav 6 assosierte og 167 ikke-spesialister

Oppnevninger

- Randi Lungren, Prakt spes Lillestrøm som PSL- repr. i Nasjonal handlingsplan for behandling av gynekologisk kreft
- Jørg Kessler, Haukeland, som nytt medlem i STAN-gruppen
- Representant til styringsgruppe mht. referansegruppe for arbeid med obstetriske sfinkterskader
- Ole Erik Iversen, Haukeland, i

referansegruppe for HPV-testing

- Revidering av "Faget på randen av sammenbrudd" fra 1997. Komite ledet av Tone Skeie-Jensen, Radiumhospitalet, med følgende medlemmer: Kari Anne Trosterud, Prakt spes Elverum (PSL), Heidi Thornhill, Haukeland, Ingrid P Olsen, Hammerfest, Ingolf Flateland, Fredrikstad, Kristian Bjelke, Kristiansund. Med mandat vedr. utdanningskapasiteten av spesialister i forhold til morgendagens behov, sett i lys av nasjonal og internasjonal utvikling og at forholdene er lite forutsigbare spes dersom det er en mulighet for at noen avdelinger mister gruppe I status pga krav om forskning. Styret bevilget kr 50 000 til prosjektet, delt over to foreningsår.
- Cecilie Hagemann, Haukeland, i referansegruppe vedr. statusrapport om helse og helsetjenester for innvandrere
- Knut Hordnes, Haukeland, og Babill Stray-Pedersen, Rikshospitalet, til Legemiddelverkets ekspertmøte om "Bruk av antibiotika under graviditet".
- Bjørn Backe, St.Olavs Hospital, til arbeidsgruppe om Lokalsykehusene, i Dnlfs' utredning "spesialistutdanning av leger i Norge"
- Hilde Sundhagen, Prakt spes, Lillestrøm, i arbeidsgruppe vedr. kodesetting
- Styre for NGFs fond til etterutdanning, "Oslo-fondet"(2007-2011): Hilde Sundhagen, Knut Hordnes, Rolf Kirschner
- Bjørn Backe som medlem av EBCOG arbeidsgruppe "Working group on maternity"

Vedtak

NGFs reviderte lover er vedtatt av Sentralstyret.

Kontrakter for nettannonser gjennomgått og vedtatt ihht. Dnlfs bestemmelser.

Vedtatt kompensasjon til nettredaktør tilsvarende praksiskompensasjon 9 dager/år samt datautstyr innenfor en ramme kr. 20 000

Takstutvalget overføres og legges under PSL, prosedyrekodeutvalget forblir under NGF. Anbudsinnydelser blant tre firmaer for

årsmøte 2008 og 2009 ble avgjort til fordel for CIC

Viktige saker

Årsmøtet Førde var en gjenganger på styremøtene med særlig diskusjon om møtevarighet pga. Logistikkvansker og problemer med innkvarteringskapasitet. Etter et suksessrikt møte ble det gitt mye ros til LOK, til CIC, til hotellet og vit. sekretær, resultatet var et årsmøte utenom det vanlige. Minneverdig var innledningsforedraget til Norbert Pateisky, mange innlegg i strukturdebatten, HPV-seminaret og avslutningskonserten lørdag kveld i øsende regnvær.

Forøvrig henvises til allerede distribuert referat fra årsmøtet.

Det forberedende arbeidet med årsmøtet 2008 i Bodø ble startet med oppnevning av lokal arrangementskomite og forslag til vitenskapelig program. LOK Bodø 2008: Kristin Skogøy, Heidi Frostad Sivertsen, Ellen Langen, Hemma Hegnauer, Lars Næss, Bjørn Holdø.

Det ble senere foreslått av FUGO at de skulle arrangere et LIS-kurs om fosterovervåkning i forbindelse med, men ikke som del av, årsmøtet, og en garantisum på 25 000 kr ble vedtatt til dette.

På tross av iherdig samarbeid mellom kvalitetsutvalget, redaksjonen, nettredaksjon, legeforeningen etc har stadige revisjoner med infeksjonskapittel og GBS-kapittel, diverse andre detaljer samt innarbeiding av nye ultralydkunnskaper etc., gjort at Veileder i fødselshjelp fortsatt ikke er ferdig komplett på nettet. Den tidligere beslutningen om bare nettbasert versjon har heller ikke forenklet arbeidet. Det forutsettes at en ny redaksjon snart må starte nytt revisjonsarbeid og lære av erfaringene som er gjort.

Vårkurset 2007 måtte avlyses pga kollisjon med det obligatoriske kurset i obstetrikk og NFUD-årsmøtet. Det er nesten umulig å ikke kolliderer med nasjonale eller internasjonale kurs. Arrangementskomiteen ved Ahus ble bedt om å forberede kurs i 2008.

Grenspesialitet Gynekologisk onkologi: NFGO uttrykte frykt for fortsatt dårlig rekruttering etter at saken ble avslått i Nasjonalt råd for prioritering og stillingsstruktur. Etter konsultasjon med HOD gjennom Legeforeningen ble det besluttet at styret sammen med styret i NFGO skulle be om et møte med helseministeren. På møte med statssekretær Arvid Libak og medarbeidere den 13. mars deltok Helga Salvesen fra NFGO sammen med leder. Da HOD ikke anså at de kunne overstyre Nasjonalt råd måtte man be om at saken ble gjenopptatt der. Det ble lagt en strategi for dette der styremedlemmene skulle informere og påvirke de lokale universitetsrepresentantene i samarbeid med Legeforeningen fire representanter i rådet. Saken ble ikke satt på dagsorden på møtet i rådet i august, og skulle bli satt opp på møte i november. Saken ble igjen utsatt til møtet i februar 2008. Ytterligere redegjørelse vil bli gitt på årsmøtet i Bodø.

IVF med tilbakeføring av et egg (eSET) og refusjonsordningen. Styrets oppfatning om endring av refusjonssystemet for å komme på linje med erfaringsbasert vitenskap ble utarbeidet i samarbeid med Barnelegeforeningen

Prosjektet planlagt i Afrika er blitt en langvarig sak. "Gyn-Bridge NGF-Afrika", der foreningen fra 2006 har forsøkt å få relevante myndigheter interessert i et prosjekt der spesialister fra Norge på kortere overlegepermisjoner (1-2 mån), gjerne i samarbeid med jordmorforeningene, kunne utstyre en gynekologisk poliklinikk med formål diagnostikk, behandling og vaksinerings samt utdanning vedrørende HPV/CIN-sykdommen. Bakgrunnen var et tilbud om et stort antall gratis vaksiner fra et av de to firmaene som er aktuelle. Mer eller mindre kontinuerlig arbeid med ulike samtalepartnere har dessverre ikke ført til resultater ennå, men prosjektet er ikke avsluttet.

GBS-saken: Parallelt med gjennomføringen av kapitlet i Veilederen gjennomførte vit. sekr Knut Hordnes et samarbeidsprosjekt i regi av SHDir etter forrige sommers mediautspill, med det formål å lage en nasjonal retningslinje for GBS-smitte. Erfaringene fra dette samarbeidet er viktig å ta med seg mht. fremtidig diskusjon om utarbeiding av og eierskap til faglige retningslinjer.

Det er blitt utarbeidet søknader til legeforeningen om ekstratilskudd på kr 100 000 kroner til revitalisering av

"Gynekologen" og arbeid med FUGO. Pga initialt avslag ble søknaden anket, senere bevilget kr 60 000.

Søkt Dnlf og mottatt kr 20 000 til kvalitetsarbeid, dvs drift av kvalitetsutvalget.

Godkjenning av FIGOs "Ethical Recommendations" som ble distribuert på nettsiden.

Forslag om at ENTOG får stemmerett i EBCOG Council.

Aktiv støtte til Medisinstudentenes Humanitæraksjon 2007: "Vaginal Fistel i Kongo", med forslag til foredragsholdere bl.a. NFOG-stipendiat Cathrine Reimers, Radiumhospitalet.

Det ble på anmodning gitt en faglig støtteuttalelse til PSL i samband med tariffhandlinger

Samarbeidet med NPE ble formelt avsluttet ved at NPE i brev til departementet ba om økonomisk støtte til stipendiatstilling, som senere er utlyst. I tillegg er det blitt publisert flere artikler i fagpressen, holdt flere foredrag og avholdt et sakkyndigkurs

Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen har vært et langt og drygt prosjekt fra HODs side. Mye arbeid gikk med til dette utspillet fra HOD, både mht fysiske møter og lange skriftlige innspill. Denne planen og det medfølgende problemnotatet fra HOD, ble etterhvert abortert av departementet, men ikke før det hadde mottatt mye motbør fra faginstanser og nok hadde vært en medvirkende årsak til at det nasjonale rådet for fødselsomsorgen senere gikk av. Problemkomplekset ble koblet med den pågående strukturdebatten i faget som ble startet i Førde, og som står på programmet i Bodø sammen med fremleggelse av komitearbeidet til "Faget på randen av sammenbrudd".

Styret innledet et mer aktivt samarbeid med Jordmorforeningen, ved at leder og nestleder har vært tilstede på styremøte en gang og ytterligere konsultasjoner har vært ført i løpet av året om aktuelle samarbeidssaker.

Brev ble sendt til HOD der man påklaget legemiddelverkets beslutning om at refusjonsordningen for hormonspiraler skulle forbyes. Klagen førte senere til reversering av vedtaket.

Brev til legemiddelverket med klargjøring av ordbruken "bivirkning vs terapivikt" mht.

uttalelse som førte til presseoppslag og uro i samband med P-pilleoppslag.

Innlegg til Dagbladet som støtte til oppnevnte medlem Ole Erik Iversen, etter mediaangrep vedr. HPV-saken. På tross av lovnad og forkorting av innlegget valgte avisen å ikke trykke saken, som ble offentliggjort på NGFs nettside og tiltrakk seg endel interesse.

Leder deltok på Dnlfs landsstyremøte i Kongsberg som medlem med talerett, Pepe Salvesen som medlem av Spesialforeningenes gruppe representerte NGF i landsstyret.

Diskusjon vedr. HPV-vaksinering dreide seg etterhvert om utarbeiding av retningslinjer.

Brev vedr diskrepanser mht bivirkningsteksten i samband med medikamentinntak under graviditet.

Brev til SH Dir vedr. opplysningskampanjen om graviditet og alkohol, der teksten er blitt oppfattet skremmende og tidliggravid føler seg i behov av ekstra kontroll og evt. søker abort. Prinsipper støttes men teksten ble bedt endret og moderert.

Forslag til nytt obstetrisk kodeverk ble fremsatt av Jes Westergaard og behandlet av styret.

Høringer

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

- Revisjon av blåreseptordningen, forslag til ny blåreseptordning.
- Endringer i legemiddelforskriften
- Dnlf: Landsstyresak: Forslag om endringer i Legeforeningen lover.
- Retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn
- Endring i bidragsordningen (Folketrygdlovens §5-22) og blåreseptordningen
- Utkast til forskrift gitt i medhold av forskningsetikk
- Dnlf: Landsstyresak: Nye vedtekter for rettshjelpsordningen
- Dnlf: Statusrapport om prioritering
- Dnlf: Landsstyresak: Forslag til nytt Prinsipp- og Arbeidsprogram 2008-2009.
- Implementering av EU-direktiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner for helsepersonell i norsk rett
- Forslag til ny lov om endring helsepersonell-loven; endring av advarselsbestemmelsen og ny bestemmelse om rett til begrenset tilbakekall av autorisasjon mv.
- Dnlf: mot ny vår for medisinsk forskning
- Dnlf: Lovendring; forslag fra Oslo Legeforening om nytt pkt 5 i

- legeforeningens lover §1-2
- Nytt helsekort for gravide
- Dnlf: Ny kommunikasjonsprofil for legeforeningen
- Dnlf: Lovendringsforslag: Forslag om endring av lovens § 3-9-1, I ledd
- Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede.
- Helhetlig tilbud til mennesker med epilepsi
- Forskning som ledd i den kliniske tjenesten for leger i spesialisering
- Ny forskrift for legemiddelhåndtering i virksomheter som yter helsehjelp.
- Forslag til endring av strukturen i abortnemndene
- Forslag til nye kliniske anbefalinger for gruppe B Streptokokker
- Policynotat: Bruk av pasientjournal i helsetjenesten
- Kunnskapsbasert informasjon i svangerskap og ammeperioden
- Policynotat om pasientsikkerhet
- Policydokument fra NFA om forebyggende helsearbeid

- Ny forskrift om utprøving av legemidler til mennesker
- Landsstyresak: Forslag til endringer i reglement or rådet for legeetikk og lokalforeningenes utvalg for legeetikk
- Landsstyresak: Forslag til endring i instruks for legeforeningens valgkomite.
- Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling
- Revisjon av Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp
- Kurs i utlandet som ledd i legers videre- og etterutdanning

NFOG

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. På NFOG-styremøte i januar i Gøteborg besto dagsorden bl.a. av den formelle avslutningen av Gtb-kongressen, det foreløpige årsregnskapet, kontraktforslag for ny redaktør i ACTA Reynir Geirsson

og foreløpige planer for kongressen 2008 i Reykjavik. Det er i sistnevnte forbindelse viktig med promotjon av norske fordragsholdere og innledere sammen med K.Hordnes i vit.nemnden

På styremøtet i Oslo i juni var deler av NGF-styret tilstede på deler av programmet. På dagsorden sto endelige regnskaper for kongress og årsregnskap 2006 samt årsrapport 2006. Videre detaljgjennomgang av programmet for NFOG 2008. På alle styremøtene tas "Twinning"-programmene opp, der SFOG har et prosjekt i Pakistan, og Danmark planlegger å gå inn i et prosjekt i Nigeria, sannsynligvis assistert av NGF. NFOG-styret var også tilstede på "Hot Topics" i Helsinki i oktober, der det var et meget godt vitenskapelig program, men bare 80 påmeldte deltagere inkl NGF styret.

15. juni 2008
Rolf Kirschner, leder

REFUSJON ETTER §9 PUNKT 40

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. **Nedsatt nyrefunksjon:** Forsiktighet bør utvises. Dosejustering er nødvendig. **Nedsatt leverfunksjon:** Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh grad A), men dosejustering er nødvendig. 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, ventrikelretensjon, 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 neuropati, 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, gastroesofageal refluks og/eller samtidig bruk av medisiner som kan forårsake/forverre øsofagitt (f.eks. perorale bisfosfonater). Sikkerhet og effekt ved neurogen årsak til overaktivitet i detrusor er ukjent. Pasienter som opplever svimmelhet, tåkesyn, søvnløshet og søvnløshet 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 med legemidler 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 med potente hemmere av P-glykoprotein (f.eks. verapamil,

ciklosporin) bør unngås. Samtidig behandling med andre legemidler med antimuskariske 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. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, konstriksjon. Syn: Tørre øyne. Øvrige: Hodepine, abdominalsmerter, munntørhet. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, flatulens, ulcerøs stomatitt. Hud: Tørr hud, utslett, pruritus, svetting. Luftveier: Rhinitt, økt hoste, dyspné. Neurologiske: Svimmelhet, insomnia, somnolens, unormal tankevirksomhet. Sirkulatoriske: Hypertensjon, ødem, inkl. perifere. Syn: Unormalt syn. Urogenitale: Urinveisforstyrrelser, impotens, urinveisinfeksjon, vaginitt, blæresmerter. Øvrige: Asteni, påført skade, ansiktsødem, smaksforstyrrelser. **Laboratorieverdier:** Forhøyet ALAT og ASAT. Behandling med darifenacin kan muligens maskere symptomer assosiert med galleblæresykdom. **Overdosering/Forgiftning:** Urologisk spasmolytikum. **Virkningsmekanisme:** Selektiv muskarinreseptorantagonist (M₃ SRA). M₃-reseptoren er den viktigste subtypen som kontrollerer muskelkonstriksjon 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 fæces. Kun 3% utskilles uforandret.

Pakninger og priser: 7,5 mg: Enpac: 28 stk. kr 438,50. 98 stk. kr 1447,90. **15 mg:** Enpac: 28 stk. kr 438,50. 98 stk. kr 1447,90. ~~7-40a~~

Refusjon: Refunderes kun for motorisk hyperaktiv blære med lekkasje.

Sist endret: 12.04.2007)

ID-kode: 4326/02.2008

NYE REFUSJONSKODER:

ICPC: U04

ICD: N39.4

REFUSJONSBERETTIGET FOR MOTORISK NEUROGEN HYPERAKTIV BLÆRE MED LEKKASJE (URGE-INKONTINENS)

NOVARTIS

Novartis Norge AS • Postboks 237 Økern • 0510 Oslo • Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 69 • www.novartis.no

Årsrapport Kvalitetsutvalget

Sammensetning

Leder:

Line Bjørge, Haukeland Universitetssykehus

Redaktør for Veilederen i gynekologisk onkologi:

Bjørn Hagen, St. Olavs hospital

Redaktør for Veilederen i fødselshjelp:

Sverre Sand, Ullevål Universitetssykehus

Redaktør for Veilederen i gynekologi:

Jan Martin Maltau, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Kvalitetsutvalgets hovedarbeid er utarbeidelse og oppdatering av de ulike veilederne. Disse finnes alle siden våren 2005 i nettbaserte versjon. Hver av de respektive redaktører er ansvarlig for oppdateringer. For de ulike veilederne er det også oppnevnt en redaksjonskomité som samhandler med redaktøren. Kvalitetsutvalget vil tilstrebe av hver av veilederne gjennomgår en hovedrevisjon hvert fjerde år. Nettsidene hvor veilederne er å finne er godt besøkte.

Veiledere i obstetikk er nå fullført. Redaksjonskomité har bestått av Sverre Sand, Ullevål Universitetssykehus, Pål Øian, Universitets-sykehuset i Nord-Norge, Tore Henriksen, Rikshospitalet og Line Bjørge. Komitéen har evaluert, kommentert og ferdigstilt de ulike kapitler. I januar 2008 ble Pål Øian, Line Bjørge og Knut Hordnes, Haukeland Universitetssykehus oppnevnt som en arbeidsgruppe som har godkjent det siste kapittelene og har gjennomført revisjon av flere av de tidligere godkjente.

Gruppe B-streptokokksaken er egenartet. Vi valgte å separere ut denne problemstillingen fra de generelle infeksjonskapitlene og oppnevnte en egen gruppe bestående av Knut Hordnes, Babill Stray-Pedersen, Rikshospitalet, Pål Øian og Rolf Kirschner, Rikshospitalet for å jobbe mer spesifikt med problemstillingen. Det ble utarbeidet et nytt Veilederkapittel i Veileder i fødselshjelp, Kapittel 10B - Gruppe B streptokokker hos gravide og fødende kvinner som ble godkjent og lagt på nett sommeren 2007. Utarbeiding av dette kapittelet skjedde parallelt med at det ble utarbeidet nasjonale retningslinjer i regi av Helse- og Sosialdirektoratet (HSdir). Gruppen var også aktivt med å utarbeide sistnevnte retningslinjer i regi av HSdir, og disse retningslinjene ble sendt til høring i juni 2007 og prosessen er enda ikke sluttført. Prosessen gav oss verdifull erfaring i utarbeidelse av retningslinjer innen vår spesialitet, som omfattet en meget vid høringsrunde til instanser langt utenfor vår spesialitet. Denne erfaringen taes med videre i den aktuelle debatten om beslutningstakingen og eierskapet til våre faglige retningslinjer.

Revisjonsprosessen av Veilederen i generell gynekologi som ble påbegynt våren 2007 går sin gang. Redaktøren Jan Martin Maltau jobber sammen med redaksjonskomitéen bestående av Heidi Thornhild, Haukeland Universitetssykehus og Marie Ellstrøm Engh, Akershus Universitetsklinikk.

Kapitellansvarlige og medforfatterne er i gang med å etablere sine respektive kapitler og redaksjonens medlemmer har mottatt mange ferdigstilte manuskriper som nå er under vurdering. Redaksjonskomiteen har hatt flere fellesmøter for å samkjøre prosessen som de håper å kunne fullføre i løpet av vinteren 2008 / 2009.

Arbeidet med revisjonen av Veilederen i Gynekologisk Onkologi har tatt lengre tid enn planlagt. Etter mal for de andre veilederne jobber Bjørn Hagen sammen med en redaksjonskomité bestående av Harald Helland, Haukeland Universitetssykehus, Anne Beate Vereide, Universitetssykehuset i Nord-Norge, og Mark Baekelandt, Radiumhospitalet. Dette arbeidet samkjøres med Sosial- og helsedirektoratets arbeid med nasjonale handlingsprogrammer innen de ulike kreftområdene, siden det er de samme aktørene som deltar i begge prosessene. Kapitellansvarlig og medforfatterne er i gang med å revidere sine respektive kapitler. Med støtte fra Shdir har det vært avholdt flere fellesmøter og noen av gruppene har benyttet seg av Kunnskapssenteret for å optimalisere sine litteratursøk. Man håper å ha fullført revisjonen av Veileder i gynekologisk onkologi i løpet av 2008. Denne vil danne grunnlaget for nasjonalt handlingsprogram for gynekologisk kreft.

Bergen, 30. juni 2008

Line Bjørge

Årsrapport Laparoskopiutvalget

Laparoskopiutvalget fungerer som faglig styringsgruppe for Norsk gynekologisk laparoskopiregister (NGLR). Medlemmene er: Ingeborg Bøe Engelsen, Eilef Hellem, Anton Langebrekke, Marit Lieng, Jardar Oma og Jostein Tjugum. Det er ikke avholdt noen møter det siste året, men kommunisert via e-post.

Ullevål universitetssykehus har fra 1.5.2008 kommet med i NGLR. UUS står for ca. 10 % av alle gynekologiske laparoskopier i Norge,

og har også mange avanserte inngrep. Det kan nå være at flere avdelinger prioriterer dette kvalitetssikringsarbeidet, med UUS som forbilde. Det er kommet noen signaler om dette.

Laparoskopiutvalget har anbefalt overfor styret i NGF at en ny vurdering av NGLR, gjøres før sommeren 2009. Skal arbeidet med NGLR være meningsfylt, må mange avdelinger levere gode data, slik at man kan få fram frekvensen av sjeldne komplikasjoner.

Vi oppfordrer derfor alle gynekologiske avdelinger til å bli med i NGLR (programvaren er gratis) og yte sitt bidrag i denne nasjonale dugnaden for kvalitetssikring.

Er du interessert, send en e-post til: laparoskopi@siv.no

Tønsberg, 30. juni 2008.

Jardar Oma

Årsrapport NPE/NGF

Det blir kanskje litt voldsomt å kalle det vi har å melde tilbake for "årsrapport". Den arbeidsgruppen som har fungert noen år nå har kun hatt ett møte siden vi sendte en rapport til gynforeningen i fjor sommer. I tillegg har vi jobbet frem en søknad fra NPE til Legeforeningens kvalitetssikringsfond II om støtte til analyse av NPE-saker innen gynekologi og fødselshjelp; ved brev av 28.11.07 ble vi meddelt at fondsutvalget fant at søknaden kommer inn under fondets formål og at det bevilget kr 300.000 til prosjektet, samt at fondsutvalget anbefaler

at prosjektet gjennomføres i samarbeid med Norsk gynekologisk forening. I tillegg har NPE bevilget kr 100.000 til samme formål. Vi har etter dette, i samråd med arbeidsgruppens medlemmer Pål Øian og Bjørn Hagen, utlyst en deltids stipendiatstilling i NPE; stillingen vil bli tilbudt en søker neste uke.

Utover igangsetting og oppfølging av ovennevnte prosjekt (utført av stipendiat i samråd med vår medisinske fagsjef og prof. Pål Øian), vil jeg ta sikte på å "revitalisere"

arbeidsgruppen i 2. halvår 2008. Jeg tror jeg trygt kan si at vi alle har hatt så vidt mye på tapetet det siste året at aktivitet utover det skisserte har vært vanskelig å få til.

Juni 2008

Rolf Gunnar Jørstad, assisterende direktør,
Norsk Pasientskadeerstatning

Internett: www.npe.no,

E-post: RolfGunnar.Jorstad@npe.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 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) MYli,

Universitetslektor Rikshospitalet, Det medisinske fakultet, UIO

Torunn Eikeland,

Seksjonsoverlege ved Haugesund fødeavdeling

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

Jørg Kessler,

Overlege ved Kvinneklubben Haukeland

Kristine Lie

Jordmor Kvinneklubben Haukeland

(Den norske jordmorforening)

Berit Lunden Hustad,

Fagutviklingsjordmor ved Sørlandet sykehus

Kristiansand (Jordmorforbundet Norsk Sykepleierforbund)

1. Gruppen var faglig ansvarlig for 2 oppfrisknings kurs for superbrukere. Det ble arrangert 2 kurs høsten 2007 på Rikshospitalet i Oslo. Antall deltagere var 36, leger og jordmødre. Begge kurs var fulltne.

Rikshospitalet er kompetansesentret for opplæring i bruk av STAN. Frem til 2007 har kursene blitt arrangert i forbindelse med sykehusenes kjøp av STAN maskiner. De fleste store sykehus har nå kjøpt maskiner og det er således ikke naturlig å følge samme mal for opplæring av "superbrukere". Imidlertid vil det alltid være utskiftning av "superbrukere" ved sykehusene og andre vil ha behov for en oppfriskning. Forkunnskapene hos de fleste kursdeltakerne vil være bedre og kursene tilpasses deretter.

Rikshospitalet vil fortsette å arrangere kurser ca 1g pr år som blir finansiert

med kursavgift.

2. Gruppen har i samråd med europeiske kolleger utarbeidet nye praktiske STAN retningslinjer i lommeformat.
3. 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 fødsels overvåking. Videre beskrives hvordan sykehusene kan sende kasus elektronisk og hvilke kliniske opplysninger vi ønsker med.
4. Fleste i gruppen var med i oppdatering av kapittel 41 om fosterovervåking. Oppdatering i "Veileder i fødselshjelp 2005" ble utført april 2008.
5. Evaluering av kasus
Gruppen har hatt 1 møte. Vi har gått gjennom og vurdert i alt 3 registreringer med påfølgende skriftlig kommentar til innsenderen.
6. Nytt STAN Erfaringsmøte er flyttet til høsten 2008.

Juni 2008

Tore Henriksen, leder

Årsrapport Spesialitetskomiteen

Spesialitetskomiteen er oppnevnt som sakkyndig, og et rådgivende organ, for Sentralstyret i saker relatert til spesialistutdanningen.

Komiteens mandat er omfattende, da 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.

Komiteen har det siste året ved sine besøk fokusert på gruppe I institusjonene, da vi gjennom årsrapportene har fått inntrykk av at forskning og fagutvikling ikke er en godt nok integrert del av spesialistutdanningen ved samtlige 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 produksjonsrettede 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, da det er klart større aksept for at dette er en svært viktig del av virksomheten ved universitetssykehusene.

Det må erkjennes at man ikke lenger kan basere seg på at leger bruker sin fritid til forskning. Med mindre det i større grad legges til rette for forskning og fagutvikling ved avdelingene står vi i fare for at det i fremtiden kan bli færre avdelinger som kan godkjennes for gruppe I tjeneste. Dette er åpenbart et skritt i feil retning, og ikke i samsvar med intensjonen om økt satsning på forskning. Det har de siste årene heldigvis skjedd en positiv utvikling ved universitetsklinikkene, både i antall dr.grader og i antall publikasjoner.

For øvrig nevnes fra komiteens arbeid at det har vært foretatt en revisjon av

målbeskrivelsen for utdanningen, og det er søkt om en omgjøring av kravet til operasjoner på adnex, slik at det skal bli valgfritt med hensyn til om dette skjer laparoskopisk eller åpent. Dette selvsagt på bakgrunn av at åpen adnexkirurgi er blitt en sjeldenhet. Det er samtidig bekymringsfullt at LIS ikke får tilstrekkelig erfaring i åpen kirurgi, og for å sikre minimumsferdigheter i forhold til laparotomier vil antallet keisersnitt økes. Det vil bli varslet i god tid om iverksetting av endrede prosedyrekrav.

Simulatortrening vil få en stadig større og nødvendig plass innen ferdighetstrening i laparoscopi, men beklageligvis mangler tilsvarende for laparotomier. Det synes kanskje unødvendig å påpeke, men vi oppfordrer til at LIS slipper til på operasjonsstuene sammen med erfaren kollega.

Vi minner om at våre nettsider i Gynekologen oppdateres med nyheter om utdannings spørsmål.

Spesialitetskomiteen ønsker, som alltid, innspill fra fagmiljøet i forhold til å bedre

Årsrapport NFOG's Educational Board

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

Hovedoppgaven består i å arrangere HOT TOPICS, en konferanse som alternerer med NFOG kongressen, slik at det hvert år

arrangeres faglige møter i NFOG regi. Konferansen for 2007 ble arrangert i Helsingfors i oktober, med gode tilbakemeldinger om et variert og godt program.

Problemet har vært en begrenset oppslutning, og utfordringen til neste

konferanse i 2009 blir å øke deltakelsen fra de nordiske landene, inkludert Norge.

01.07.08

Tone Skeie-Jensen

Årsrapport NFGO

Styret har hatt følgende sammensetning:

Styret består av 7 medlemmer: Leder, Helga B. Salvesen, Haukeland Universitetssykehus, Nestleder, Bjørn Hagen, St. Olavs Hospital, Sekretær, Jostein Tjugum, Sentralsykehuset i Førde, Kasserer, Anne Beate Vereide, Regionssykehuset i Tromsø, Kurt Sachse, Ullevål Universitetssykehus, Mark Bækeland, Radium/Rikshospitalet, Representant fra NGF: Ingar Nilsen

6 Vararepresentanter:

Harald Helland, Haukeland Universitetssykehus
Solveig Tingulstad, St. Olavs Hospital
Bent Fiane, Stavanger Universitetssykehus
Anne Ørbo, Regionssykehuset i Tromsø
Elin Ødegaard, Ullevål Universitetssykehus
Anne Dørum, Radium/Rikshospitalet

Det har vært avholdt to 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 legefordeling, som ikke gav sin tilslutning. Dette ble tatt til etterretning i Sosial og helsedirektoratet. Under årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening ble det vedtatt at man skulle innføre en selv pålagt sertifisering innen gynekologisk onkologi, i tråd med utarbeidet utdanningsplan. Imidlertid har man dokumentert at rekrutteringen til fagområdet gynekologisk onkologi er liten, og det ble derfor tatt et nytt initiativ overfor Helseministeren for å bringe saken opp på nytt. På bakgrunn av det fikk man legge saken frem på nytt for Nasjonalt Råd, men det ble imidlertid bare tatt opp som en orienteringssak, slik at det ikke ble noen ny realitetsbehandling av søknaden.
- Økonomien for forumet er bedret etter at Kreftforeningen på ny er inne som finansieringskilde.
- Det ble for andre gang arrangert Formøte i Gynekologisk Onkologi under årsmøte NGF september 2007. Møtet var vellykket. Tema var palliasjon ved gynekologisk kreft.
- Styremedlemmer og vararepresentanter har vært innkalt til møter i SHDir vedrørende nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling.
- Vår faggruppe sesjonen innen Onkologisk Forum fokuserte i 2007 på diagnostikk av lymfeknutemetastaser samt resultater fra prosjektene til 8 doktorgradskandidater fra hele landet. Møtet hadde god oppslutning.
- I regi av NGF er arbeidet med revisjon av Nasjonale veileder i gynekologisk onkologi i gang. Arbeidet ledes av Bjørn Hagen, og en rekke av forumets medlemmer bidrar.

Bergen 25062008
Helga Salvesen, Leder NFGO



C1

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 aluminiumhydroksyfosfat) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker.

INDIKASJONER: Vaksine som skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3), cervixcancer, høygradig vulvadysplastiske lesjoner (VIN 2/3) og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjonen er basert på effekt hos voksne kvinner fra 16 til 26 år og påvist immunogenisitet hos 9 til 15 år gamle barn og ungdom. Beskyttelseseffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruken av Gardasil skal følge offentlige anbefalinger.

DOSERING: Primær vaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved en 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 innenfor en periode på ett år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. *Barn:* Ikke anbefalt hos barn <9 år pga. utilstrekkelige data vedrørende immunogenisitet, sikkerhet og effekt. Gis intramuskulært, fortrinnsvis i overarmens deltoidmuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Subkutan og intradermal administrering er ikke undersøkt, og anbefales derfor ikke.

KONTRAINDIKASJONER: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer som tyder på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes hos personer som lider av akutt, alvorlig febersykdom. Mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber, er ikke kontraindikasjon for vaksinasjon.

FORSIKTIGHETSREGLER: Saksmessig 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-typer 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må følges. Beskytter ikke mot eksisterende HPV-infeksjoner. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling for cervixcancer, høygradig cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utviklingen av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig cervix-screeningundersøkelse, og regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter en i.m. injeksjon kan oppstå blødning. Varighet av beskyttelsen er ikke kjent. Vedvarende beskyttelseseffekt har vært påvist i 4-5 år etter fullført primær vaksinasjon på 3 doser.

INTERAKSJONER: Kan gis sammen med hepatitt B-vaksine på et annet injeksjonssted, på samme tidspunkt. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB ≥10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometrisk middelverdi var lavere når vaksinene ble gitt samtidig. Den kliniske betydningen av dette er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner har ikke vært undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på Gardasil.

GRAVIDITET/AMNING: *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko, men bruk under graviditet anbefales ikke.

Overgang i morsmelk: Kan gis til ammende.

BIVIRKNINGER: *Hyppige (>1/100):* Feber. Reaksjoner på injeksjonsstedet: Erytem, smerte, hevelse, hemoragi, pruritus. *Sjeldne (<1/1000):* Hud: Urticaria. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Ved for høy dosering synes bivirkningsprofilen å være sammenlignbar med det som er observert ved enkelt doser.

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs vaksine laget av høyrensedde viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HVP-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ingen virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* HPV infiserer bare mennesker, men forsøk på dyr med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved utvikling av en humoral immunrespons. Terapeutisk serumkonsentrasjon: Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose hadde 99,9 % antistofftitre mot HPV 6, 99,8 % mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6 % mot HPV 18. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive for relevant humant papillomavirus type(r), før vaksinasjonen. I tillegg viste en undergruppe av vaksinerte personer som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, en hurtig og sterk antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometrisk middelverdi etter 1 måned etter den 3. dosen i primær vaksinasjonen. Basert på klinisk immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseseffekt hos jenter fra 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseseffekt 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. Kast legemidlet dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Sikkerhetsmekanismen vil ikke aktiveres med mindre hele dosen er gitt! Sikkerhetsmekanismen er ment å dekke kanylen etter at vaksinatør har injisert vaksinen og sluppet stempel. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ikke anvendt legemiddel eller avfall bør destrueres i overensstemmelse med gjeldende bestemmelser.

PAKNINGER OG PRISER: Endosesprøyte med sikkerhetsmekanisme og to kanyler: 0,5 ml kr 1181,10 *Sist endret: 28.02.2008*

HPV 16 og 18 er ansvarlig for omtrent 70% av tilfellene av høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og adenocarcinoma in situ (AIS) av høygradig vulvadysplasi (VIN 2/3) hos unge kvinner før menopause.

09-2007-NO-046-01



Tlf: +47 67 50 50 20 - Fax: +47 67 50 50 21
info@spmsd.com

Årsrapport NGF økonomi 2007

Da Norsk gynekologisk forening nå er en fagmedisinsk forening, presenteres følgende årsrapport i henhold til nye opplegg og maler.

Virksomhetens art

Norsk gynekologisk forening er en landsdekkende forening for gynekologer og fra 01.01.2007 en fagmedisinsk forening under Den Norske Legeforening.

Fortsatt drift

Etter styrets mening gir årsregnskapet med noter en fullstendig og utfyllende informasjon om Norsk gynekologisk forenings utvikling og resultat i 2007 og foreningens stilling ved utgangen av 2007. Styret kjenner ikke til forhold inntruffet etter regnskapsårets utgang som har betydning for vurdering av årsregnskapet. Norsk gynekologisk forening har fra 01.01.07 blitt en fagmedisinsk forening under Den Norske Legeforening

Arbeidsmiljø

Norsk Gynekologisk Forening har ingen faste ansatte

Ytre miljø

Styret anser at foreningen ikke påvirker det ytre miljø

Likestilling

Styret var i 2007 sammensatt av 4 menn og 2 kvinner.

Det vises for øvrig til utførlig regnskap som legges ut på nettsiden samt gjennomgang av regnskap for år 2007, oppdatert redegjørelse for foreningens økonomi samt budsjettforslag for år 2009 ved kasserer under Generalforsamlingen 05.09.08.

Oslo den 15.07.08

For styret NGF 2007

Rolf Steinar Kirschner, leder

Toril Kolaas, kasserer

Bjørn Bache, nestleder

Ane Gerda Zahl Eriksson, FUGO

Knut Hordnes, vitenskapelig sekretær

Runa Aabø, styremedlem PSL



FMØ Revisjon DA
FLADSTAD, MJELVE OG ØSTBØ
Statsautoriserte revisorer

Til medlemmene i
Norsk Gynekologisk Forening

REVISJONSBERETNING FOR 2007

Vi har revidert årsregnskapet for Norsk Gynekologisk Forening for regnskapsåret 2007, som viser et overskudd på kr 206.339. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet og forutsetningene om fortsatt drift. Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse og noteplysninger. Regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge er anvendt ved utarbeidelsen av regnskapet. Årsregnskapet og årsberetningen er avgitt av foreningens styre. Vår oppgave er å uttale oss om årsregnskapet og øvrige forhold i henhold til revisorlovens krav.

Vi har utført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder revisjonsstandarder vedtatt av Den norske Revisorforening. Revisjonsstandardene krever at vi planlegger og utfører revisjonen for å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon. Revisjon omfatter kontroll av utvalgte deler av materialet som underbygger informasjonen i årsregnskapet, vurdering av de benyttede regnskapsprinsipper og vesentlige regnskapsestimater, samt vurdering av innholdet i og presentasjonen av årsregnskapet. I den grad det følger av god revisjonsskikk, omfatter revisjon også en gjennomgåelse av foreningens formuesforvaltning og regnskaps- og internkontroll-systemer. Vi mener at vår revisjon gir et forsvarlig grunnlag for vår uttalelse.

Vi mener at

- årsregnskapet er avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettvise bilde av foreningens økonomiske stilling 31. desember 2007 og av resultatet i regnskapsåret i overensstemmelse med god regnskapsskikk i Norge
- ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringskikk i Norge
- opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet og forutsetningene om fortsatt drift er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

Oslo, 25. juni 2008

FMØ Revisjon DA
Eiriksdal
Torgveien 10
0457 Oslo

Eirik Hordnes
Eirik Hordnes
Statsautorisert revisor



Internasjonalt autorisert medlem
Cecilia gate 30
Postboks 7154 Majorstuen, 0307 Oslo
Telefon 22 20 40 00
Telefax 22 20 40 01

E-post: irrevise@irrevise.no
Omr.no: NO 950 00633 MVA
Medlemmer i Den norske Revisorforening

I samarbeid med Revisorsgruppen i Oslo, Bergen, Skien, Follo, Kviteseid, Andalsnes, Sør-Østlandet, Voss, Trondheim, Ålesund, Sande, Fiske og Utleie mv.
Internett: www.fsm.no/irrevise.no

BALANSE

	2007	2006
Eiendeler		
Omløpsmidler		
<i>Kortsiktige Fordringer</i>		
Kundefordringer	40 000	5 413
Opptjent, ikke fakturert inntekt	21 000	0
Sum kortsiktige fordringer	61 000	5 413
<i>Bankinnskudd, kontanter og lignende</i>		
Etterutd.fond	0	160 971
Konting. Posten	6 243	6 237
Foliokonto DNB	686	74 320
Særkonto DNB	2 158 797	2 008 271
Sum bankinnskudd, kontanter og lignende	2 165 727	2 249 799
Sum omløpsmidler	2 226 727	2 255 212
Sum Eiendeler	2 226 727	2 255 212
Egenkapital og gjeld		
Egenkapital		
<i>Opptjent egenkapital</i>		
EK 01.01 *	1 834 210	1 726 574
Årets resultat	206 339	107 637
SUM EK 31.12	2 040 550	1 834 210
Gjeld		
<i>Kortsiktig gjeld</i>		
Skyldige offentlige avgifter	75 825	264 120
Annen kortsiktig gjeld	110 352	156 882
Sum kortsiktig gjeld	186 177	421 002

REGNSKAPSPRINSIPPER

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapsloven og god regnskapsskikk for små foretak.

Eiendeler bestemt til varig eie eller bruk er klassifisert som anleggsmidler. Andre eiendeler er klassifisert som omløpsmidler. Fordringer som skal betales innen et år er uansett klassifisert som omløpsmidler. Ved klassifisering av kortsiktig og langsiktig gjeld er analoge kriterier lagt til grunn.

Omløpsmidler vurderes til lavest av anskaffelseskost og virkelig verdi.

Fordringer.

Kundefordringer og andre fordringer oppføres til pålydende etter fradrag for avsetning til forventet tap.

Note i Lønnskostnader

Det er ingen ansatte i foreningen. Foreningen er ikke pliktig til å ha tjenestepensjonsordning etter lov om obligatorisk tjenestepensjon.

Revisor

Kostnadsført revisjonshonorar i 2007 er kr 30.000 inklusiv mva.

C Vesicare®. Kompetitiv, spesifikk koliner reseptorantagonist. **ATC-kode:** G04B D08. **TABLETTER, filmdrasjerte** 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneh.: Solifenacinsuksinat 5 mg, resp. 10 mg tilsv. solifenacin 3,8 mg, resp. 7,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **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. Munntørrethet 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, abdominalmerter. Syn: Tåkesyn. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Gastroøsofageale reflukssykdommer, tørr hals. Hud: Tørr hud. Luftveier: Nasal tørrhet. Neurologiske: Somnolens, dysgeusi. Syn: Tørre øyne. Urogenitale: Urinveisinfeksjon, vannlatingsbesvær, urinretensjon, cystitt. Øvrige: Tretthet, perifere odemer. 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), munntørrethet (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. Ventrikkelskylling 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 før behandling med Vesicare innledes. Ved urinveisinfeksjon bør egnet antibakteriell behandling innledes. Brukes med forsiktighet av

pasienter med klinisk betydelig blæreobstruksjon med risiko for urinretensjon, gastrointestinale obstruktive sykdommer, risiko for nedsatt gastrointestinal motilitet, alvorlig nedsatt nyrefunksjon, moderat nedsatt leverfunksjon, hiatushernie/gastroøsofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av øsofagitt, 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 arvelig laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, somnolens og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med solifenacin for en annen antikolinerg behandling innledes. Solifenacins terapeutiske effekt kan bli redusert ved samtidig administrering av kolinerge reseptoragonister. Solifenacin kan redusere virkningen av midler som stimulerer den gastrointestinale motiliteten, f.eks. metoklopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres av CYP 3A4. Derfor bør maks. solifenacindose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, nelfinavir, 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. 427,60, 90 stk. kr. 1159,60. 10 mg: 30 stk. kr. 533,20, 90 stk. kr. 1448,90. T: Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). Refusjonskode: ICPC: U04 Urininkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urininkontinens Vilkår: Ingen spesifisert.

Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 05.01.2006.

Full preparatomtale kan rekvireres hos **Astellas Pharma**.

Sist endret: 03.03.2008

Årsrapport FUGO

Styret i FUGO har etter FUGOs Generalforsamling under NGFs årsmøte i Førde bestått av Solhild Stridsklev (Leder), Sissel Oversand (Kasserer), Stig Hill (Sekretær og NFYOG representant), Erik Torkildsen (EBCOG representant), Vilde Lehland (NFYOG representant) og Ane Gerda Zahl Eriksson (NGF representant og nestleder)

De forskjellige styremedlemmene har representert norske spesialistkandidater innen gynekologi og obstetikk både nasjonalt i NGF styret og internasjonalt i NFYOG, EBCOG, ENTOG og PWG.

Som ledd i å øke aktiviteten til FUGO og deltakelsen til Leger i Spesialisering innen gynekologi og obstetikk ved NGFs Årsmøter har man planlagt et 7 timers tellende kurs i spesialistutdanningen innen fosterovervåkning/STAN. Kurset er lagt til Bodø 03.09.08 rett i forkant av NGFs Årsmøte i Bodø høsten 2008. Branca Yli og Torun Eikeland er de utvalgte foredragsholderne. FUGO ønsker å fortsette med å arrangere kurs i forkant av NGFs årsmøter dersom dette viser seg å være et populært og effektivt tiltak.

FUGO styret har i hovedsak kommunisert via e-mail. Styret hadde ett møte i Trondheim

høsten 2007 hvor styremedlemmene var innlosjert hjemme hos leder Solhild Stridsklev. Styret arrangerte også et møte i Reykjavik 16.06.08 i forbindelse med NFOG kongressen i Reykjavik.

Regnskap for 2007 og 2008 vil bli presentert på FUGOs generalforsamling 04.09.08 i Bodø.

Mvh

Sekretær i FUGO
Stig Hill

Årsrapport EBCOG

I 2007 har det vært avholdt to Council-møter; i Brussel den 9. juni og i Wien 1. desember.

NGF var representert med to delegater på begge møter, Hilde Sundhagen og Rolf Kirschner.

I tillegg til harmonisering av spesialistutdanningen i Europa er arbeidet med en god faglig biannual kongress et av EBCOGs satsningsområder. Jeg tror EBCOG har lyktes i å få til dette ved å samle alle subspecialitetene i Europa (EAPM, ESGO, EUGA, ESHRE) til å tilby en bred faglig kongress som blir et samlingspunkt i Europa. Når denne rapporten skrives er enda en flott og godt besøkt kongress avholdt i Lisboa (se eget referat i Gynekologen nr 2/2008).

En ny kongress er allerede under full planlegging i Antwerpen 2010.

Dessverre har ikke tidsskriftet EUROPEAN

CLINICS, som er EBCOG's eget tidsskrift, fungert etter intensjonen-nemlig hovedsakelig som et CME/CPD tidsskrift. Man har hatt vansker med å få nok abonnenter og også artikkelforfattere og har bestemt å nedlegge virksomheten.

I 2007 har EBCOG fått en flott internettside operativ. Her er det mye fin info både om organisasjonen EBCOG og massevis av interessante lenker - det er bare å surfe i vei på ebcog.org

EBCOG jobber fortsatt med systematisering av CME/CPD. Man er opptatt av tilrettelegging av et etterutdanningssystem som tar hensyn til "adult learning". Dette er også noe som UEMS er opptatt av. Her jobbes det for et elektronisk akkrediteringssystem. Noe av problemene man støter på er fremfor alt at det ikke er et enhetlig system for etterutdanning i de forskjellige medlemslandene-i mange land

er etterutdanning obligatorisk, mens f.eks vi har et frivillig opplegg (konf. LEIF-IT her i Norge).

På desember-møtet hadde vi besøk av leder for UEMS, Prof. Hannu Halilla, som mener EBCOG er en aktiv og tydelig seksjon av UEMS.

En ny arbeidsgruppe er opprettet, -den skal jobbe med e-learning og telemedisin.

I 2007 ble Attila Pal fra Ungarn valgt til nytt medlem i EBCOG- Executive, og det ble valg tre nye medlemmer til SCTA (Standing Committee on Training and Assessment), Prof. Benedetto, Italia, Prof. Mäkinen, Finland og Dr. Nizard, Frankrike.

Som delegat og referent takker jeg for meg og for lærerike møter med Europa.

Hilde Sundhagen

Cervarix[®]



– eneste HPV-vaksine med
6,4 års dokumentasjon¹



Studien viser 100 % beskyttelse mot forstadier til livmorhalskreft
forårsaket av HPV 16 og 18¹

Generalforsamling NGF 2008

Bodø Fredag 5. september 2008 KI 16.30

Valg av dirigent og referent

Minnestund

Årsrapport 2007

Regnskap 2007

Budsjett 2009

Saker fremlagt av medlemmene:

(Ingen pr 1.juli)

Saker fremlagt fra styret:

Orientering om grenspesialitet gynekologisk onkologi

Orientering om NGFs veiledere: fremtidig eierskap

Orientering om spørsmål vedr. NGF og legeetiske problemstillinger

Orientering om Norsk Gynekologisk Laparoskopiregister

Orientering om HPV-vaksinering/retningslinjer

Oppnevning av leder og medlemmer i Kvalitetsutvalget:

Forslag leder: Kåre Augensen, KK Haukeland

Forslag medlemmer: Pål Øian, KK,UNN

Jan Martin Maltau, KK,UNN

Bjørn Hagen, KK, St Olavs Hospital

Valg på valgkomite:

Forslag: Grete Riis-Johansen, prakt. spes. Kolbotn

Ingard Nilsen, KK,UNN

Ole-Erik Iversen, KK, Haukeland

Sted for årsmøte 2010

Evt

Generalforsamling FUGO 2008

Torsdag 4. september 2008 KI 09.00

Saksliste:

Presentasjon av FUGO styret 2008.

1. Godkjenning av innkalling.

2. Valg av ordstyrer og referent.

3. Årsrapport FUGO.

4. Rapport NGF.

5. Rapport Spesialitetskomiteen.

6. Rapport fra internasjonalt arbeid: 1. NFOG. 2. ENTOG. 3. EBCOG.

7. Økonomi.

8. Saker fra medlemmene.

9. Valg av nytt FUGO styre.

10. Utsveksling 2009

11. FUGO videre; Evaluering av Pre årsmøte kurset. Forslag til nye emner?

12. Eventuelt.

Kjære kollega!

Vi ved Kvinneklinikken i Bodø er stolte av å kunne invitere til Årsmøte i Norsk Gynekologisk Forening ved Radisson-SAS Hotell i Bodø 04.-06. september.

Som det framgår av programmet blir det et spennende faglig innhold og forhåpentligvis interessante diskusjoner! "Get-together"-arrangementet skal foregå på Kjerringøy gamle handelssted, en vakker perle kjent fra mange Hamsun-filmatiseringer. Meld deg på!

Det blåser friskt i Bodø som er kjent for å ha 6 vindstille dager i året, så ta med varme klær og vindjakke..... Vi skal gjøre vårt beste for å få til et fint arrangement og du ønskes herved hjertelig velkommen med følgende dikt av Rolf Jacobsen;

NORD

Se oftere mot nord.

Gå mot vinden, du får rødere kinn.

Finn den ulendte stien. Hold den.

Den er kortere.

Nord er best.

Vinterens flammehimmel,

Sommernattens solmirakel.

Gå mot vinden. Klyv berg.

Se mot nord. Oftere.

Det er langt dette landet.

Det meste er nord.

Bjørn Holdø

Lars Næss

Zuzana Huncikova

Kristin Skogøy

Mathilde Kristensen

Hege Mikalsen

Hiba Mohammed

Ellen Langen

Stine Andreasen

Hemma Hegnauer

Heidi Frostad Sivertsen

Ida Kaspersen

Program NGF Årsmøte i Bodø 4-6.september 2008

Radisson SAS Hotel Bodø

Onsdag 3. september

To arrangement tilsluttet i tid men forøvrig uavhengig av Årsmøtet:
Kurs i fosterovervåking (FUGO) – se s. 43
Jubileumssymposium NUGG 10 år (NUGG) – se s. 43

Torsdag 4. september

Formøter

- 09.00-11.00 FUGO. Generalforsamling og årsmøte med tema: "Dine rettigheter og plikter som LIS" med etterfølgende diskusjon med rom for spørsmål og svar
- 10.15-12.00 PSL
10.15-10.30 Velkommen (Runa S.Aabø)
10.30-11.15 "Medisinsk abort/hjemmeabort. Noe for privatpraktiserende gynekologer?" (Ole-Erik Iversen)
11.15-11.30 Diskusjon
11.30-11.50 Eventuelt
- 10.15-12.00 NFGO (Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi)
10.15-10.30 Produktinformasjon - Avastin®. (Roche Norge AS v produktsjef Ingvild Hagen)
10.35-11.00 Endometriehyperplasi – "vanleg" prøvetaking. Terapitiltak og kontrollar. (Overlege, gynekolog Unni Kirsten HUS)
11.05-11.50 Endometriehyperplasi – Histopatologisk vurdering med gradert terapiforslag (Professor, patolog Anne Ørbo UNN)

12.30-13.30

Lunsj (vanlig)

Lunsj-symposium: Bulkamid injeksjon for SUI- erfaringer fra Skandinavia (Maltau, Axelsen, Larsson, Johnson & Johnson)

Årsmøte 2008

- 14.00-14.30 Leder i NGF, Rolf Kirschner
Ordfører i Bodø ønsker velkommen
- 14.30-15.30 Foetomaternal trafficking - its importance for non-invasive prenatal diagnosis and prediction of preeclampsia (Wolfgang Holzgreve)
- 16.00-17.30 Utfordringer i fagets struktur
Stikkord: Faget på randen, utdanning, hovedstadsprosessen, nytt nasjonalt råd.

18.00-

Get together. Kjerringøy gamle handelssted



Foto: Kristin Skogøy

Fredag 5. september

08.30-10.00 **Infertilitet: kirurgi og annen behandling av strukturelle defekter**

Tuber og ovarier: kirurgens plass (Knut Hordnes)
Endometriose (Tom Tanbo)
Endometriose: hva bør fjernes og hvordan? (Anton Langebrekke)
Myoma uteri : hva bør fjernes og hvordan? (Kirsten Hald)

10.30-12.00 **Frie foredrag sesjon 1: Generell gynekologi**

- 1 ENDOMETRIOSE OG PASIENTSKADEMELDINGER
Moen MH, Thomsen MW
- 2 POLIKLINISK HYSTEROSKOPI UTEN ANESTESI
Hauge, K
- 3 PREVALENS, SYMPTOMER OG NATURLIG FOLØP AV ENDOMETRIE-POLYPPER DIAGNOSTISERT HOS TILFELDIG UTVALGTE KVINNER
Lieng M, Istre O, Qvigstad E
- 4 LANGTIDSRESULTATER ETTER LAPAROSKOPIK SUPRACERVICAL HYSTEREKTOMI
Lieng M, Qvigstad E, Istre O, Langebrekke A, Ballard K
- 5 SEKSUELL DYSFUNKSJON VED TRANSVAGINALT NETT VED GENITAL DESCENS
Kinne I, Altman D, Elmer C, Kilholma P, Tegerstedt G, Ellstrøm-Eng M, Falconer C
- 6 TRANSVAGINALT NETT VED GENITAL DESCENS
Kinne I, Elmer C, Altman D, Ellstrøm-Eng M, Vairynen T, Axelsen S, Falconer C
- 7 KIRURGI HOS KVINNER SOM BÅDE HAR DESCENS OG STRESSINKONTINENS. EN MULTISENTER PROSPEKTIV RANDOMISERT STUDIE
Borstad E, Abdelnoor M, Mogimi K, Sandved M, Majida M, Western K, Rokkones E, Paulsen AG, Spydslaug A, Staff AC, Kulseng-Hanssen S
- 8 PROLAPSOPERASJONER
Rimstad L, Brekke IJ, Kulseng-Hanssen S
- 9 KVINNER I NORGE TILBYS ULIK BEHANDLING FOR SAMME GYNEKOLOGISKE LIDELSE
Goderstad JM, Lieng M, Busund B

12.00-13.00 **Lunsj**

13.00-14.30 **Frie foredrag sesjon 2: Obstetikk**

- 10 SVANGERSKAP HOS EN 32-ÅRIG KVINNE LIKE ETTER FEDMEOPERASJON
Skogøy K, Laurini R, Aasheim E
- 11 SVANGERSKAPSKOMPLIKASJONER HOS KVINNER MED EPILEPSI
Borthen I, Eide MG, Guri Veiby, Daltveit AK, Gilhus NE
- 12 ANGIOGENETISKE FAKTORER ER ASSOSIERT MED BLODTRYKKSØKNING OGSÅ I NORMOTENSIVE SVANGERSKAP
Staff AC, Harsem N, Brække K, Hyer M, Hoover R, Troisi R
- 13 SAMSVAR MELLOM PREEKLAMPSIDIAGNOSER SOM REGISTERES I MFR OG JOURNALDATA?
Oversand S, Nsubuga D, Argalossova E, Staff AC
- 14 MATERNAL ANTIBODIES AGAINST PARVOVIRUS B19 IN PREGNANCY AND THE RISK OF FETAL DEATH AND LOW BIRTH WEIGHT: A CASE CONTROL STUDY WITHIN 35,940 PREGNANT WOMEN
Sarfranz AA, Samuelson SO, Bruu AL, Jennum PA, Eskild A
- 15 GENETIC AND EPIDEMIOLOGICAL RISK FACTORS OF VENOUS THROMBOSIS IN PREGNANCY – A HOSPITAL-BASED CASE-CONTROL STUDY
Skjeldestad FE, Flem Jacobsen A, Skogstad M and , Sandset PM
- 16 NEONATAL ALLOIMMUN TROMBOCYTOPENI I NORGE 1994-2007: LAV DETEKSJONSRATE UTEN SCREENING – BØR VI ENDRE STRATEGI?
Tiller H, Killie MK, Skogen B, Øian P, Husebekk A
- 17 POSTPARTUM BLØDNING; PROFYLAKSE OG BEHANDLING I NORGE I 2007
Engnæs AS, Frydenlund K, Gjessing LK, Salvesen KÅ
- 18 POSTPARTUM ANEMI – NORSK MULTISENTER UNDERSØKELSE
Westad S, Backe B, Salvesen KÅ, Nakling J, Økland I, Borthen I, Jensen OHR, Kolås T, Løkvik B, Smedvig E

14.30-15.00 **Pause**

15.00-16.00

Frie foredrag sesjon 3: Cancer

- 19 ENDOOMETRIOSE RUNDT NERVUS OBTURATORIUS ETTER GJENNOMGÅTT KIRURGI FOR CERVIX CANCER
Langebrekke A, Sachse KS, Qvigstad E
- 20 CALPROTECTIN: EN MULIG PLASMA BIOMARKØR VED ENDOOMETRIECANCER?
Ni Bhriain H, Trovik J, Wik E, Levy L, Lømo AB, Salvesen HB, Staff AC
- 21 METABOLSK SYNDROM ETTER BILATERAL SALPINGO-OOFORREKTOMI HOS KVINNER MED HØY RISIKO FOR ARVELIG BRYST/EGGSTOKK-KREFT
Michelsen TM, Pripp AH, Tonstad S, Tropé CG, Dørum A
- 22 MALIGN STRUMA OVARI, ET KASUISTIKK SAMT REVIEW AV LITTERATUR
Mohammed HA, Hegnauer HM, Al-Ani S, Al-Khairo F, Al-Shibli K
- 23 BRUK AV RNA-BASERT HPV-TEST I CERVIXCYTOLOGISK SCREENING-ERFARINGER FRA UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF
Sørbye SW, Fismen S, Gutteberg T, Mortensen ES
- 24 FOTODYNAMISK BEHANDLING AV CERVIKALE DYSPLASIER (CIN)
Fallås Dahl G, Onsrud M

16.30-18.00

Generalforsamling

19.30

Bankett Radisson SAS Hotell Bodø**Lørdag 6. september**

08.30-10.30

Fedmeepidemien: mor og barns helse

- Fedme som risikofaktor i obstetrikken – for hva og hvorfor (Tore Henriksen)
- Impaired glucose metabolism (Ricardo Laurini)
- Klinisk håndtering av fedme (Janette Khoury)

11.00-12.10

Frie foredrag sesjon 4: Generell gynekologi

- 25 KORLEIS HAR MEDIKAMENTELL ABORT VORTE IMPLEMENTERT I NOREG?
Løkeland ME, Iversen OE, Kirste U, Bjørge L
- 26 10 ÅR MED MEDIKAMENTELL ABORT VED KVINNEKLINIKKEN, HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS
Løkeland ME, Iversen OE, Kirste U, Bjørge L
- 27 30 ÅR MED SELVBESTEMT ABORT - NORDISKE ERFARINGER
Skjeldestad FE
- 28 STOR VARIASJON I POSTOPERATIV BEHANDLING OG RÅD VED HJEMREISE ETTER HYSTEREKTOMI OG VAGINALPLASTIKK. EN NASJONAL SPØRREUNDERSØKELSE
Ellstrøm Engh M, Schjønsby AP, Ottesen M
- 29 KOMPARATIVT STUDIUM AV PUBOVISCERAL MUSKELEN VED BRUK AV TRE-DIMENSJONAL PERINEAL ULTRALYD OG MAGNETISK REZONANS IMAGING
Majida M, Hoff Brækken I, Bø K, Umek V, Ellstrøm Engh M
- 30 OPPLÆRINGSPROGRAM I LAPAROSKOPIK SUTURTEKNIKK
Uv KM, Olsen OC
- 31 LÆRINGSKVOTIENT SOM MÅL FOR LÆRINGSPOTENSIALE I LAPAROSKOPI.
Uv KM, Olsen OC, Gundersen K, Korbøl L

12.00-13.00

Lunsj

13.00-14.00

Frie foredrag sesjon 5: Obstetrik

- 32 DIFFERENTIAL PLACENTAL GENE EXPRESSION IN SEVERE PREECLAMPSIA
Sitras V, Paulssen R.H, Grønnaas H.S, Leirvik J, Vårtun Å, Acharya G
- 33 KLINISK ANVENDELSE AV SKALP PH VED FOSTEROVERVÅKNING MED STAN
Gubberud E, Kessler J, Albrechtsen S
- 34 ABDOMINAL VENØS OG ARTERIELL REDISTRIBUSJON HOS VEKSTHEMME FOSTRE
Ebbing C, Rasmussen S, Kiserud T
- 35 CLASSIFICATION OF INTRAUTERINE FETAL DEATHS (IUFD) IN THE OSLO-AREA, NORWAY, 1990 – 2003
Helgadóttir LB, Skjeldestad FE, Flem Jacobsen A, Turowski G, Roald B, Frøen F, Sandset PM, Jacobsen EM
- 36 SKULDERDYSTOSI; RISIKOFAKTORER OG GJENTAGELSESRISIKO
Øverland E, Spydsaug A, Nielsen CS, Eskild A
- 37 MALAWI – “THE WARM HEART OF AFRICA”
Skrøppa S

14.00

Avslutning. Priser for beste foredrag.



- Månedlig prevensjon, ingen piller å huske
- Lavest østrogendose³
- Best blødningskontroll^{1,2}

NUVARING® 
etonogestrel/etinylostradiol

C NuvaRing «Organon»

Antikonseptjonsmiddel

VAGINALRING 120µg/15µg: Hver vaginalring inneholder: Etonogestrel 11,7 mg, etinylostradiol 2,7 mg, hjelpestoffer. **1. Indikasjoner:** Antikonsepsjon. NuvaRing er beregnet til kvinner i fruktbar alder. Sikkerhet og effekt er etablert hos kvinner mellom 18 og 40 år. **Dosering:** Den første vaginalringen settes inn i skjeden den første 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. cerebrovaskulær hendelse, hjerteinfarkt) eller forstadium til trombose (f.eks. angina pectoris eller forbigående iskemiske anfall.) Kjent disposisjon for venøs eller arteriell trombose, med eller uten arvelig tilbøyelighet slik som aktivert protein C (APC) resistens, mangel på antitrombin III, mangel på protein C, mangel på protein S, hyperhomocysteinemi og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). 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 venøs og arterielle tromboter. 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 traume. I disse situasjonene er det tilrådelig å avbryte bruk (i tilfelle av planlagt kirurgi minst 4 uker i forveien) og ikke fortsette for 2 uker etter fullstendig re-mobilisering. Risikoen for arterielle tromboemboliske komplikasjoner øker med: Økende alder, røking, 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 antikonsepsjon. Biokjemiske faktorer som kan indikere arvelig eller ervervet disposisjon for venøs eller arteriell trombose inkluderer aktivert protein C (APC) resistens, hyperhomocysteinemi, mangel på antitrombin-III, mangel på protein C, mangel på protein S og antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulanter). Ved mistenkt eller bekreftet trombose skal bruk av preparatet avbrytes. 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 ulcerosa 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 gjenoppnås 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 cholestase, dannelse av gallesten, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap. Ved akutte eller kroniske forstyrrelser av leverfunksjon seponeres 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 ulcerosa colitt har vært assosiert med hormonell antikonsepsjon. Kvinner med tendens til klosmasa 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: Livmorchalsprolaps, fremfall av fremre eller bakre skjedevegg, kraftig eller kronisk forstoppelse. **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, rifampicin og muligens også okskarbazepin, topiramid, felbamid, 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 etinylostradiol. 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: Mavesmerter, kvalme. Hud: Akne. Neurologiske: Hodepine, migrene. Psykiske: Depresjon, emosjonell labilitet, nedsatt libido. Urogenitale: Underlivssmerter, brystmerter, dysmenoré, leukoré, vaginalt ubehag, vaginit. Øvrige: Vektøkning, ubehag i forbindelse med ringen, utstøting. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Diaré, oppkast, oppblåst mage. Hud: Utslett. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske: Angst. Urogenitale: Cervicitt, cystitt, urinveisinfeksjon, genital pruritus. Øvrige: Fibroadenom i brystene, ryggmerter, tretthet. **Sjeldne (<1/1000):** Hud: Urticaria. Øvrige: Hypersensitivitet. Oppbevaring og holdbarhet: Grossist og apotek: Kaldt (2-8°C). Hos bruker: Værelsetemperatur (<30°C), ikke over 4 måneder. Pakninger og priser per februar 2007: 1 stk. kr 121,30, 3 stk. kr 309,80. **Siste dato:** 01.02.007.

Organon

Schering-Plough

REFERANSER:

- 1.: Oddsson K. et al. Superior cycle control with a contraceptive vaginal ring compared with an oral contraceptive containing 30 g ethinylestradiol and 150 g levonorgestrel: a randomized trial. Human Reproduction; 2004;20:557-62
- 2.: Milsom I. et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 g ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone. Hum Reprod 2006;21:2304-11
- 3.: Heuvel M.W. et al. Comparison of ethinylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. Contraception; 2005;72:168-74

Organon AS,
en del av Schering-Plough
Corporation
Postboks 324, 1372 ASKER
Telefon: 66 76 44 00,
Telefaks: 66 76 44 01
www.organon.no

I. ENDOMETRIOSE OG PASIENTSKADEMELDINGER

Moen MH¹, Thomsen MW²

¹ Kvinneklivnikken, St Olavs Universitetssykehus, Trondheim

² Norsk Pasientskadeerstatning, Oslo

Bakgrunn. Norsk pasientskadeerstatning (NPE) ble opprettet i 1988 som et statlig organ underlagt Helse- og Omsorgsdepartementet. NPE behandler erstatningskrav for pasienter som mener at de er påført skade innen det offentlige helsevesen. Fra 1988 til 2006 er ferdigbehandlet 1.315 gynekologiske skader; herav 930 saker vedrørende benigne tilstander. Hensikten med undersøkelsen var å vurdere saker vedrørende endometriose.

Metode. Siden 1999 er alle saker registrert i en database med oppsummering av saken. Elektronisk fant man 46 saker med endometriose eller adenomyose som diagnose og gjennomgikk skadetype og utfall av saken.

Resultater. De 46 saker vedrørende endometriose dreide seg om forsinket diagnose (3), manglende indikasjon for kirurgi (2), urinveisskader (10), tarmskader (7), nerveskader (3), hematom/infeksjon (6), fortsatte smerter etter operasjon (6) og annet (9). Det ble innvilget erstatning i 10 av sakene (22 %), et resultat som er signifikant lavere enn for andre benigne gynekologiske saker (22 % versus 39 %, $p < 0.02$)

Konklusjon. NPE innvilger erstatning i mindre grad når det dreier seg om endometriose enn i andre tilfeller av klager for godartede gynekologiske tilstander. Det kan tolkes som man forventer og aksepterer større grad av komplikasjoner ved endometrioseoperasjoner enn ved andre inngrep.

Generell gynekologi

2. POLIKLINISK HYSTEROSKOPI UTEN ANESTESI

Hauge, K

Kvinneklivnikken UNN, 9038 Tromsø

Bakgrunn. Hysteroskopi er en etablert del av utredningen av alle typer blødningsforstyrrelser. Diagnostisk hysteroskopi brukes ved mange sentra som ledd i førstegangsutredning av infertilitet og habituell abort. De fleste gynekologiske avdelinger har kompetanse og utstyr til hysteroskopiske inngrep som trans-cervical kirurgi, (TCRE/P/M), noen færre har nyere diagnostiske hysteroskop (2,9 og 2 mm optikk) til rådighet og et fåtall gjør rutinemessig bruk av diagnostisk hysteroskopi uten anestesi poliklinisk.

Beregninger fra USA viser at kostnadene ved poliklinisk hysteroskopi ligger på under 5% av kostnadene ved en tilsvarende prosedyre hos en inneliggende pasient, det er dessuten fordelaktig å stille en presis diagnose og ta rettede biopsier ved 1. konsultasjon.

Metode. Det redegjøres for teknikken ved poliklinisk hysteroskopi med 2,9mm og 2mm hysteroskop uten anestesi med vaginoskopisk teknikk. (Video) Det er brukt stivt hysteroskop med 30gr. optikk og saltvanns-gjennomskylning. 101 kvinner ble i perioden 2006 til 2008 undersøkt med hysteroskopi uten premedikasjon eller lokalanestesi. Indikasjonene fordelte seg på meno- eller metrorrhagi hos 73 %, 10 % festsittende IUD, 5 % infertilitetsproblemer; 2 % hab. abort, 9 kvinner med postmenopausal blødning og 1 med mistanke om intrauterine synechier. 90 av undersøkelsene ble utført med et 2,9 mm. hysteroskop med arbeidskanal.

Resultater. Hos 9 av 101 pasienter lot undersøkelsen seg ikke gjennomføre på den beskrevne måten, 2 av disse var tidligere konisert, 2 hadde gjennomgått transcervical kirurgi, 1 var mer enn 5 år etter menopause og hos 4 fant vi ingen årsak til mislykket undersøkelse. Ved 7 mislykkede forsøk ble det kun brukt 2,9mm hysteroskop da det tynneste (2mm) skopet ikke var tilgjengelig. Hos mer enn 90% lot undersøkelsen seg gjennomføre, ingen av disse pasientene anga mer enn moderate mens-smerter. Median tid for prosedyren inklusive rigging av utstyr lå på ca 35 min. Hos kvinnene med blødningsforstyrrelser ble patologi funnet i knapt 44% av tilfellene (33/73).

Konklusjon. Hysteroskopi tolereres godt uten noen former anestesi forutsatt vaginoskopisk teknikk og egnede hysteroskop. Metoden er lett å lære, gir en presis diagnose ved første konsultasjon og en målrettet plan for videre tiltak. Verdifull operasjons-stuekapasitet kan reserveres til mer krevende inngrep.

Generell gynekologi

3. PREVALENS, SYMPTOMER OG NATURLIG FORLØP AV ENDOMETRIE-POLYPPER DIAGNOSTISERT HOS TILFELDIG UTVALGTE KVINNER

Lieng M¹, Istre O¹, Qvigstad E¹

¹ Kvinnesenteret, Ullevål Universitetssykehus, Oslo.

Bakgrunn. Endometriepolypper er en av de vanligste årsakene til blødningsforstyrrelser; men forekommer også hos kvinner uten gynekologiske symptomer. Prevalensen av endometrie-polypper i befolkningen og det naturlige forløpet ved tilfeldig påviste endometriepolypper er ikke kjent. Prevalensen av maligne forandringer i endometriepolypper varierer i litteraturen fra 0.5-4.8 %. Risikoen for malignitet i asymptomatiske endometriepolypper er ikke kjent, og det er i dag kontroversielt om slike polypper bør behandles eller ikke. Målet med denne prospektive kohortstudien var å studere prevalens, symptomer og naturlig forløp ved endometriepolypper hos et tilfeldig utvalg kvinner i alderen 45-50 år.

Metode. Informasjon om studien og forespørsel om studiedeltagelse ble sendt ut til 1000 tilfeldig utvalgte kvinner bosatt i Oslo i alderen 45-50 år. Gynekologisk undersøkelse, vaginal ultralydundersøkelse og ultralydundersøkelse etter intrauterin saltvannsinntasjon (SIS) ble utført på alle studiedeltakere og gjentatt etter ett år hos alle kvinner med endometriepolypp og en kontrollgruppe. Forekomst av endometriepolypper, polyppplengde, blødningsmengde (pictorial blood assessment chart og 10 point-visual analogue scale), gynekologiske symptomer og serumnivåer av Hgb og ferritin ble registrert. Endometriepolypper tilstede etter ett år ble fjernet ved hysteroskopisk reseksjon.

Resultater. 272 kvinner deltok i studien. Endometriepolypper ble diagnostisert hos 31 kvinner (11 %). Mean polyppplengde var 14 mm (SD 5). Kvinner med endometriepolypp hadde signifikant større blødningsmengde ($p=0.04$) og lavere ferritin nivåer sammenliknet med kontrollgruppen ($p=0.05$). Endometriepolypper forsvant spontant i løpet av ett års observasjon hos åtte kvinner (27 %). Endometriepolypper som persisterte gjennom observasjonsperioden var større enn polyppene som forsvant uten behandling ($p=0.04$).

22 kvinner fikk utført hysteroskopisk polyppreseksjon etter ett års observasjon. Det ble ved histologisk undersøkelse etter hysteroskopisk polyppreseksjon ikke påvist tilfeller med atypi eller malignitet.

Konklusjon. Prevalensen av endometriepolypper blant tilfeldige kvinner i alderen 45-50 år var 11 %. Kvinner med endometriepolypp rapporterte oftere kraftige menstruasjons-blødninger sammenliknet med kvinner uten polypp. En fjerdedel av endometriepolyppene gikk spontant tilbake i løpet av ett års observasjon, små polypper gikk oftere tilbake spontant sammenliknet med større polypper.

4. LANGTIDSRESULTATER ETTER LAPAROSKOPISK SUPRACERVICAL HYSTEREKTOMI

Lieng M¹, Qvigstad E¹, Istre O¹, Langebrekke A¹, Ballard K²

¹ Kvinnesenteret, Ullevål Universitetssykehus, Oslo,

² Postgraduate Medical School, University of Surrey, Guildford, United Kingdom.

Bakgrunn. Laparoskopisk supracervical hysterektomi er en egnet operasjonsmetode for kvinner uten tidligere cervixdysplasi og med godartede tilstander som krever hysterektomi. Tidligere publikasjoner har vist variende forekomst av vaginalblødninger og menstruasjons-lignende smerter etter prosedyren, og det har vært diskutert om disse symptomene er relatert til selve prosedyren eller til operasjonsteknikken under prosedyren. Vi ønsket med denne studien å undersøke forekomsten av vaginale blødninger og smerter etter laparoskopisk supracervical hysterektomi, og å evaluere i hvilken grad kvinnene finner slike symptomer plagsomme. Videre ønsket vi å undersøke pasienttilfredsheten etter laparoskopisk supracervical hysterektomi.

Metode. Retrospektiv spørreundersøkelse som inkluderer alle kvinner som fikk utført laparoskopisk supracervical hysterektomi ved gynekologisk avdeling, Ullevål Universitetssykehus i 2004 og 2005.

Resultater. 309 kvinner fikk tilsendt spørreskjemaet og 240 kvinner (78 %) responderte.

24 % hadde opplevd vaginalblødninger opp til tre år etter hysterektomien. Blødningsmengden ble rapportert å være minimal hos 90 % av kvinnene, og disse blødningene ble opplevd som relativt lite plagsomme. Kvinner som ble operert av de mest erfarne operatørene rapporterte signifikant lavere forekomst av vaginalblødning etter operasjonen, $p = 0.02$.

74 % av kvinnene oppga å ha menstruasjonsmerter før operasjonen, og 38 % av kvinnene hadde fortsatt sykliske menstruasjonslignende smerter opp til tre år etter hysterektomien. Smerteintensiteten var signifikant redusert etter hysterektomien, $p < 0.01$. Alle kvinnene opplevde redusert smerteintensitet etter operasjonen, men kvinner som hadde endometriose som operasjonsindikasjon rapporterte signifikant kraftigere smerter etter operasjonen, sammenliknet med kvinner med andre indikasjoner for hysterektomi ($p < 0.01$).

90 % av kvinnene var fornøyde med behandlingen.

Konklusjon. Vaginale blødninger og vedvarende menstruasjonslignende smerter er relativt hyppig forekommende etter laparoskopisk supracervical hysterektomi. Blødninger og smerter er imidlertid betydelig redusert etter prosedyren, og pasienttilfredsheten etter laparoskopisk supracervical hysterektomi er stor.

Generell gynekologi

5. SEKSUELL DYSFUNKSJON VED TRANSVAGINALT NETT VED GENITAL DESCENS

Kinne I¹, Altman D^{2,3}, Elmer C⁴, Kilholma P⁵, Tegerstedt G⁶, Ellstrøm-Engh M¹, Falconer C³

¹ Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus, Lørenskog, Universitetet i Oslo, Norge,

² Avdeling for Medisinsk Epidemiologi og Biostatistikk, og

³ Kvinneklinikken, og

⁴ Divisjon for Kirurgi og Urologi, Avdeling for klinisk forskning, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige,

⁵ Kvinneklinikken, Helsinki Universitet, Sentral sykehus, Jorvi Sykehus, Espoo, Finland,

⁶ Avdeling for Klinisk Forskning og Utdanning, Södersjukhuset, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige.

Norske deltagere: Rikshospitalet, Oslo. Haukeland sykehus, Bergen. Regionsykehuset i Tromsø. Bærum sykehus. Kongsvinger sykehus.

Bakgrunn. Å bedømme seksuell dysfunksjon hos kvinner som gjennomgår transvaginal nettkirurgi ved genital descens.

Metode. Seksuelt aktive kvinner som deltok i en prospektiv multisenter studie ved 26 forskjellige sentere. Alle pasientene gjennomgikk en standardisert kirurgisk prosedyre og ble evaluert før ($n=105$) og et år etter ($n=84$) kirurgi ved bruk av kortformen av Pelvic Organ Prolaps/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). Ikke-parametrisk statistikk ble brukt for sammenligning.

Resultater. Gjennomsnittsalder ved kirurgi var 61,5 år ($\pm 7,6$ SD), median paritet var 2 (range 1-6) og gjennomsnittlig body mass index var 26,8 ($\pm 4,3$ SD). Fremre nettoperasjoner ble gjennomført hos 46 pasienter (44%) bakre nett hos 26 (25%) og kombinert fremre og bakre hos 33 pasienter (31%). De totale seksualfunksjons parameterene ble forverret fra 15,5 ($\pm 8,0$ SD) ved baseline til 11,7 ($\pm 6,9$ SD) ett år etter operasjon ($p < 0.001$). Trenden mot forverring av seksualfunksjonsparameterene var den samme for alle tre typene av operasjoner ($p < 0.001$). Det var en gjennomgående forverring av alle symptomer når det gjaldt de emosjonelle og partner relaterte områdene. Men en fant en forbedring når det gjaldt de fysiske områdene. Det ble mindre dysparuni etter både fremre ($p=0,62$) og bakre ($p=0,13$) transvaginal nettkirurgi. Det samme gjaldt inkontinens under seksuell aktivitet ($p=0,37$), og det at de unngikk samleie på grunn av fremfall ($p < 0.001$).

Konklusjon. Seksualfunksjons parametere var forverret hos kvinner ett år etter transvaginal nettkirurgi. I motsetning til hva som var forventet, skyldtes forverringen reduserte parametere for de emosjonelle og partner relaterte områdene. Mens parameterene ble forbedret når det gjaldt symptomer som reflekterte det fysiske området, inkludert dysparuni.

6. TRANSVAGINALT NETT VED GENITAL DESCENS

Kinne I¹, Elmer C^{2,3}, Altman D^{3,4}, Ellstrøm-Eng M¹, Vairynen T⁵, Axelsen S⁶, Falconer C³

¹ Kvinneklivnikken Akershus universitetssykehus, Lørenskog, Universitetet i Oslo, Norge.

² Avdeling for kirurgi og urologi og

³ Kvinneklivnikken, avdeling for klinisk forskning, Karolinske Institut, Danderydsykehus, Stockholm, Sverige,

⁴ Avdeling for Medisinsk Epidemiologi og Biostatistikk, Karolinske Institut, Stockholm, Sverige,

⁵ Helsinki universitet Sentral sykehus, Kvinneklivnikken, Jorvisykehus, Espoo, Finland,

⁶ Kvinneklivnikken, Aarhus universitetssykehus, Skejby, Danmark.

Norske deltagere: Rikshospitalet, Oslo. Haukeland universitetssykehus, Bergen. Regionsykehuset i Tromsø. Bærum sykehus. Kongsvinger sykehus.

Bakgrunn. Å prospektivt måle klinisk resultat etter operasjon ved genital descens der en har brukt polypropylen-nett.

Metode. En prospektiv multisenter cohort studie gjennomført ved 26 klivnikker. Med evaluering preoperativt, etter to måneder og etter ett år. En registrerte POP-Q (Pelvic Organ Prolaps Quantification system). Det subjektive resultatet ble målt ved å bruke Urinary Distress Inventory (UDI-6) og Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7). Komplikasjoner relatert til nettet ble evaluert ved å bruke en makroskopisk inflammatorisk skala.

Resultater. 261 pasienter ble inkludert i studien. Av disse møtte 232 (89%) til ett-års kontrollen. Gjennomsnittsalderen ved operasjon var 66,3 år ($\pm 9,4$ SD), gjennomsnittlig body mass index var 26,7 ($\pm 4,0$ SD) og median parietet var 2 (range 0-7). Man fant anatomisk tilfredsstillende resultat ett år etter kirurgi hos 96/121 pasienter (79%) av de med fremre nettoperasjon ($p < 0,001$) og hos 56/68 pasienter (82%) av de med bakre nett ($p < 0,001$). Av de med kombinert fremre og bakre nett, fant en anatomisk tilfredsstillende resultat hos henholdsvis 51/63 pasienter (81%) i fremre compartment og 54/63 (86%) i bakre compartment ($p < 0,001$ for begge). Blære-og rectumperforasjoner skjedde hos 9/252 pasienter (3,4%). Ingen tilfeller av alvorlig inflammatorisk reaksjon ble rapportert, men lett-moderat erosjon skjedde i 26/232 tilfeller (11%). Det var behov for kirurgisk intervensjon pga. postoperativ nett-eksposisjon i 7 tilfeller (2,8%). Det var signifikant postoperativ forbedring av alle livskvalitets variablene i IIQ-7. På tross av signifikant forbedring av de gjennomsnittlige UDI-6 parameterene, ble ikke stressinkontinens symptomene bedre.

Konklusjon. Transvaginal nettkirurgi ved genital descens er assosiert med tilfredsstillende objektive og subjektive resultater ett år etter operasjon.

Generell gynekologi

7. KIRURGI HOS KVINNER SOM BÅDE HAR DESCENS OG STRESSINKONTINENS. EN MULTISENTER PROSPEKTIV RANDOMISERT STUDIE

Borstad E¹, Abdelnoor M², Mogimi K³, Sandved M⁴, Majida M⁵, Western K⁶, Rokkones E⁷, Paulsen AG⁸, Spydslaug A¹, Staff AC¹, Kulseng-Hanssen S⁴

¹ Kvinneklivnikken, Ullevål Universitetssykehus, Oslo;

² Avd for klinisk forskning, Ullevål Universitetssykehus, Oslo,

³ St. Olavs Hospital, Trondheim

⁴ Gyn. avd. Bærum sykehus,

⁵ Kvinneklivnikken, Akershus Universitetssykehus,

⁶ Gyn. avd, Østfold Sentralsykehus, Fredrikstad, 7Kvinneklivnikken, Rikshospitalet, Oslo

Bakgrunn. Stressinkontinens (SUI) forekommer ofte sammen med genitalt prolaps. Det er ingen enighet i strategien for behandling av denne pasientgruppen. Det foreligger en rekke studier som beskriver gode resultater av å kombinere inkontinensoperasjon og prolapskirurgi. Resultater fra NUGG-databasen tyder på et dårligere resultat for TVT samtidig med prolapsoperasjon enn kun TVT. Vi ønsket derfor i en randomisert studie å undersøke resultatet av TVT sammen med prolapsoperasjon (gruppe I) og TVT utført 3 måneder etter prolapsoperasjonen (gruppe II).

Metode. Alle kvinner som kom inn for prolapskirurgi med samtidig subjektiv og objektiv SUI, ble forsøkt randomisert. Alle typer genitalt descens ble inkludert og ble pre- og postoperativt evaluert med POP-Q. Postoperativ evaluering ble gjort 1 år etter siste operasjon. Pasientene i gruppe II ble evaluert 3 måneder etter prolapskirurgien for å være sikre på at de trengte TVT. Data om pasientenes inkontinens ble også hentet fra NUGG-databasen. Vi var interessert i en forskjell på 20% i resultat for at det skulle få betydning for valg av behandlingsstrategi. Styrkeberegning viste at vi ville trenge 70 i hver gruppe for å kunne detektere en slik forskjell med en styrke på 80%.

Resultater. Åttisv ble randomisert til gruppe I og 94 til gruppe II. Imidlertid var det i gruppe II 27 kvinner som ble kontinente etter bare prolapsoperasjon og 14 ønsket ikke TVT, fordi de var så lite plaget. Det ble altså henholdsvis 89 og 53 som gjennomgikk den planlagte behandling (innebærer styrke på 75% for å påvise en forskjell på 20%).

Det var ingen forskjeller i demografiske data mellom de to gruppene. Det var heller ingen forskjell i grad og type prolaps eller i hvilken prolapsprosedyre som ble utført.

I gruppe I ble 95% kurerert for SUI sammenlignet med 89% i gruppe II ($p = 0,2$). "Intention-to-treat"-analyse viste helbredelse på henholdsvis 95% og 77% ($p = 0,0003$), men fremdeles ikke en forskjell på 20%.

Konklusjon. Det er samme gode resultat ved å gjøre en TVT samtidig med en prolapsoperasjon som i en separat prosedyre etterpå, men mer enn ¼ av pasienten vil få utført en unødig operasjon hvis man gjør begge samtidig.

8. PROLAPSOOPERASJONER

Rimstad L, Brekke IJ, Kulseng-Hanssen S

Sykehuset Asker og Bærum HF.

Bakgrunn. Tretti prosent reoperasjoner har vært rapportert etter vaginale prolapsoperasjoner. Hvor mange reoperasjoner og komplikasjoner har vi? Hvor fornøyd er pasientene etter operasjonene?

Metode. 148 av 256 pasienter prolapsoperert fra mai 2006 til november 2007 besvarte preoperativt og 6 mnd etter operasjonen et validert spørreskjema P-QOL1. FIGO's stadienndeling ble benyttet preoperativt. Skjemaet inneholder 18 spørsmål om prolaps og inkontinens symptomer og 18 livskvalitetsspørsmål. Fornøydhet etter operasjonen ble gradert: veldig fornøyd, litt fornøyd, verken fornøyd eller misfornøyd, litt misfornøyd og veldig misfornøyd. Fornøydhet ble i analysen benyttet dikotomt som veldig fornøyd (VF) og ikke veldig fornøyd (IVF). 51 fremre plastikk, 31 bakre plastikk, 60 fremre og bakre plastikk og 2 portioamputasjoner. Median alder 64,5 år. Operasjoner med vevsforsterking: 13. Statistikk: Mann Whitney U. Multipl logistisk regresjon for å finne postoperative prediktorer for IVF.

Resultater. Tjueseks pasienter (18%), ble operert flere ganger. Tjueen (14%) ble reoperert i samme kompartement. Sytten (11%) var operert første gang på SABHF, 9 (6%) hadde første operasjon på andre sykehus. Fem pasienter ble operert 3 ganger og én ble operert 4 ganger. Komplikasjoner: 11 vaginale hematomer og 2 urinretensjoner.

Femtifem prosent av pasienter med kun fremre eller kun bakre plastikk, 65% med fremre og bakre plastikk og 100% av pasientene med portioamputasjon var VF. Ni av 21 reopererte, og 2 av 5 operert i annet kompartement var VF.

Preoperativt var det ikke signifikant forskjell på livskvalitet hos IVF og VF pasientene annet enn at IVF pasienter følte prolaps påvirket livet mer enn VF pasientene. Postoperativt hadde IVF pasientene signifikant dårligere livskvalitet i alle livskvalitetsområder.

Postoperative prediktorer for IVF cystocelepasienter var: dårlig helse, hyppig vannlating, en klump ut av skjeden, prolaps hindret privatliv og aktivitet utenfor hjemmet, må hjelpe med fingeren for å tømme tarmen.

Postoperative prediktorer for IVF rectocelepasienter var: dårlig helse, urin drypper etter vannlating, må hjelpe med fingeren for å tømme tarmen.

Konklusjon. Antall reoperasjoner og komplikasjoner er akseptabelt. Utfordringen er: hvordan vi skal få flere pasienter VF.

1 Digesu 2005 P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse.

Generell gynekologi

9. KVINNER I NORGE TILBYS ULIK BEHANDLING FOR SAMME GYNEKOLOGISKE LIDELSE.

Goderstad JM, Lieng M, Busund B

Kvinneklivnikken, Ullevål universitetssykehus, Oslo

Bakgrunn. Det er et grunnleggende prinsipp i det norske helsevesenet at alle skal ha tilgang til gode og likeverdige helsetjenester. Vi ønsket å undersøke hvilken operativ behandling kvinner med vanlige gynekologiske lidelser som ektopisk graviditet, godartede ovarialcyster og hysterektomi på bakgrunn av blødningsforstyrrelser og/eller muskelknuter tilbys. Gjeldene retningslinjer anbefaler laparoskopisk behandling av ektopisk graviditet og ovarialcyster. Når det gjelder hysterektomi, bør man unngå laparotomi og velge vaginal hysterektomi, evt laparoskopisk hysterektomi.

Metode. Tallmaterialet er hentet fra Nasjonalt pasientregister (NPR) for perioden 2003 – 2006.

Resultater. Totalt 51 avdelinger rapporterte kirurgisk behandling av de aktuelle lidelser. Antallet avdelinger ble redusert i løpet av registreringsperioden.

Ektopisk graviditet: Antall behandlinger per avdeling per år varierte fra 1 prosedyre til 89-114. Medianverdi varierte mellom 7-8 i registreringsperioden. Den totale andelen laparotomi falt fra 24% i 2003 til 14 % i 2006. Store avdelinger (her definert som > 20 kirurgiske behandlinger av ektopisk graviditet per år) hadde signifikant lavere andel laparotomi sammenlignet med de små avdelingene.

Ovarialcyster: Antall behandlinger per avdeling per år varierte fra 1-4 til 231-276. Medianverdien varierte mellom 19-27 i registreringsperioden. Den totale andelen laparotomi falt fra 50 % i 2003 til 41 % i 2006. De store avdelingene (her definert som > 50 kirurgiske behandlinger av ovarialcyster per år) hadde en signifikant lavere andel laparotomi sammenlignet med de små.

Hysterektomi: Antall hysterektomier per avdeling varierte fra 2-5 til 260-323. Median verdi varierte mellom 62-72 i registreringsperioden. Laparotomi var den dominerende operasjonsmetoden. Antallet falt fra 75% i 2003 til 62 % i 2006. De store avdelingene (definert som > 100 hysterektomier per år) hadde signifikant lavere andel laparotomi sammenlignet med de små. Andelen vaginale hysterektomier varierte mellom de forskjellige avdelingene fra 0 % til 80% og andelen laparoskopiske hysterektomier fra 0% til 70%.

Konklusjon. Kvinner i Norge tilbys ulik behandling for samme lidelse. En nasjonal strategi for å redusere bruken av åpen kirurgi ved behandling av benigne gynekologiske tilstander er etter vår mening nødvendig.

Obstetrikk

10. SVANGERSKAP HOS EN 32-ÅRIG KVINNE LIKE ETTER FEDMEOPERASJON

Skogøy K¹, Laurini R², Aasheim E³

¹ Kvinneklivnikken, Nordlandssykehuset Bodø,

² Enhet for patologi, avdeling for laboratoriemedisin, Bodø og

³ Overvektssentret og Medisinsk klinikk, Aker universitetssykehus, Oslo.

Bakgrunn. Forekomst av overvekt og fedme er stadig økende i vestlige land. Kirurgisk behandling kan gi stabilt vekttap og bedring av helse hos de med sykkelig overvekt (BMI >35 og vektrelatert sykdom, eller BMI >40). Alle fem helseregioner i Norge har hatt et operativt tilbud siden 2004, og mange opererte er kvinner i fertil alder. Vektnedgangen ser ut til å bedre fertiliteten, og man fraråder graviditet de første 12-18 måneder der vektnedgangen er størst og fare for malabsorpsjon kan gi alvorlige følger både for mor og barn.

Metode. Vi beskriver et svangerskapsforløp og utfall hos en 32 årig kvinne som ble gravid 8 uker etter et malabsorbtiivt inngrep i form av biliopancreatisk avledning med duodenal switch.

Resultat. Kvinnen hadde et vekttap på 43 kg fra operasjonen frem til forløsningen, og barnet hadde symmetrisk dårlig tilvekst fra 15 % under forventet vekt i uke 24 til 48 % under forventet vekt i uke 29 CTG, fostervannsmengde og doppler var normal. Kvinnen ble sectioforløst i uke 29,6 pga "lite liv", og utviklet peroperativt HELLP. Barnet var sprekt med vekt på 780 g, og ble utskrevet åtte uker senere fra barneavdelingen. Fysisk oppfølging gis på mistanke om litt sen motorisk utvikling. Histologisk undersøkelse viste placenta under 10 percentilen med utilstrekkelig trofoblastinfiltrasjon i spiralarteriene, iskemiske forandringer i parenchymet og to kar i navlesnoeren. Funnene kan sees både ved preeklampi og ved vekstretardasjon hos fosteret.

Konklusjon. Barnets vekstretardasjon kan skyldes at mor har blitt gravid i en svært katabolsk fase etter fedmekirurgi. Kunnskap om oppfølging av gravide kvinner etter ulike fedmekirurgiske inngrep er nødvendig. Retningslinjer for kost- og vitaminanbefalinger i svangerskapet og prevensjonsrådgivning er ønskelig.

11. SVANGERSKAPSKOMPLIKASJONER HOS KVINNER MED EPILEPSI

Borthen I^{1,2}, Eide MG², Guri Veiby⁴, Daltveit AK³, Gilhus NE^{1,4},

¹ Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Bergen,

² Kvinneklubben, Haukeland Universitetssykehus, Bergen;

³ Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen,

⁴ Nevrologisk avd, Haukeland Universitetssykehus, Bergen.

Bakgrunn. Epilepsi hos gravide har vært forbundet med øket risiko for komplikasjoner i svangerskapet. Det har vært angitt tre ganger øket risiko for preeklampsi, blødning fra placenta og preterm fødsel. De senere år har studier ikke vist øket risiko for disse svangerskapskomplikasjonene, men studiene har vært små og kan være influert av seleksjonsbias.

Metode. En historisk kohorte studie med data fra Medisinsk Fødselsregister 1999-2005 er utført. Utkomme inkluderte preeklampsi, eklampsi, placenta previa, for tidlig vannavgang og vaginal blødning i svangerskapet. Odds ratio(OR) og korresponderende 95% konfidensintervall(CI) ble utregnet og justert for alder og røyking. Det ble stratifisert for paritet og antiepileptisk behandling(AED).

Resultater. Det ble inkludert 2805 kvinner med epilepsi i studien, prevalens 0.8%. Vi fant at 5.6% av kvinner med epilepsi fikk preeklampsi mot 4.4% i referansegruppen, OR 1.3 (1.1-1.5). Kvinner med epilepsi hadde hyppigere lett preeklampsi enn referansegruppen, OR 1.4 (1.1-1.7), men ikke alvorlig preeklampsi. De hadde også en øket risiko for å føde før uke 34, OR 1.3 (1.0-1.5). 942 kvinner (33.6%) brukte AED, disse hadde øket risiko for preeklampsi og lett preeklampsi, henholdsvis OR 1.5 (1.2-2.0) og 1.7 (1.3-2.4). Epilepsikvinner med AED hadde også en øket risiko for svangerskaps hypertensjon og vaginalblødning sent i svangerskapet, OR 1.5 (1.0-2.1) og 1.9 (1.1-3.3). Epilepsikvinner uten behandling hadde ingen øket risiko for de svangerskapskomplikasjoner som ble undersøkt.

Konklusjon. Kvinner med epilepsi hadde få komplikasjoner i svangerskapet, men det var en øket risiko for lett preeklampsi, svangerskaps hypertensjon og vaginalblødning sent i svangerskapet. Disse komplikasjoner fant vi bare hos kvinner som brukte antiepileptika. Kvinner med epilepsi uten behandling hadde ingen øket risiko for komplikasjoner.

Obstetikk

12. ANGIOGENETISKE FAKTORER ER ASSOSIERT MED BLODTRYKKSØKNING OGSÅ I NORMOTENSIVE SVANGERSKAP

Staff AC¹, Harsem N¹, Brække K², Hyer M³, Hoover R⁴, Troisi R⁵

¹ Kvinneklubben, Ullevål Universitetssykehus, Oslo,

² Barneklubben, Ullevål Universitetssykehus,

³ Information Management Services, Rockville,

⁴ Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute, Bethesda,

⁵ Department of Community and Family Medicine, Dartmouth Medical School, Hanover.

Bakgrunn. Sirkulerende maternelle angiogenetiske proteiner er sannsynligvis viktig for utviklingen av preeklampsi. Konsentrasjonen av "antiangiogenetiske faktorer", sFlt1 (soluble fms-like tyrosine kinase receptor) og sEng (soluble endoglin) er vanligvis lavere, og "proangiogenetisk faktor" PIGF (placental growth factor) er vanligvis høyere i ukompliserte svangerskap sammenlignet med preeklampsisvangerskap, både ved etablert sykdom og før klinisk sykdom. Det er ukjent om angiogenetiske faktorer korrelerer med blodtrykkøkning gjennom svangerskapet som er under diagnostiske kriterier for preeklampsi (dvs blodtrykk <140/90).

Metode. Serum fra fastende gravide før keisersnitt, fra ukompliserte (n= 43) og preeklampsisvangerskap (n= 44), ble duplikatundersøkt med ELISA (R&D systems) for PIGF, sFlt1 og sEng. Vi undersøkte om blodtrykkendringer gjennom svangerskapet var assosiert med maternelle angiogenetisk profil ved forløsningen (sEng, PIGF, sFlt1 og de antiangiogenetiske ratioene sFlt1/PIGF og (sFlt1+sEng)/PIGF). Statistisk analyse ble utført med SAS (Statistical Analysis Systems) og statistisk signifikans ble definert som P<0.05.

Resultater. I ukompliserte svangerskap hadde kvinnene med den høyeste økningen i diastoliske og MAP (Mean Arterial Pressure) blodtrykk gjennom svangerskapet (men under hypertensjonsgrense) den mest antiangiogenetiske serumprofilen ved forløsning; dvs lavest (proangiogenetisk) PIGF og høyest (antiangiogenetisk) sEng konsentrasjon og høyest (antiangiogenetisk) sFlt1/PIGF ratio. Preeklampsigruppen hadde generelt mye høyere antiangiogenetisk profil ved forløsning enn den normotensive gruppen. De absolutte blodtrykkendringene var imidlertid ikke assosiert med forskjeller i antiangiogenetisk profil innen preeklampsigruppen. Lavere fødselsvekt var assosiert med en mer antiangiogenetisk profil for preeklampsigruppen.

Konklusjon. Våre data kan tyde på at sirkulerende angiogenetiske proteiner er involvert i blodtrykkmodulering også i normotensive svangerskap. Epidemiologiske studier har vist lavere brystkreftisiko hos kvinner som har hatt preeklampsi, og det er også vist at brystkreftisiko er lavere hos kvinner med de største blodtrykkøkningene (i normotensive svangerskap) fra andre til tredje trimester. De biologiske mekanismene er ukjente, men kunne involvere den relative antiangiogenetiske profilen som er sett hos begge disse graviditetsgruppene i vår studie.

13. SAMSVAR MELLOM PREEKLAMPSIDIAGNOSER SOM REGISTERES I MFR OG JOURNALDATA?

Oversand S¹, Nsubuga D¹, Argalossova E¹, Staff AC¹.

¹ Kvinneklivnikken, Ullevål universitetssykehus, Oslo.

Bakgrunn. Mange forskningsstudier innen preeklampsi og hypertensive svangerskaps sykdommer bruker registerdata fra Medisinsk fødselsregister (MFR). Som ledd i kvalitetssikring av egne data på Ullevål universitetssykehus (UUS) ønsket vi å kvalitetssikre diagnosesettingen ved å sammenligne journalført klinisk dokumentasjon mot IT-registrert utskrivningsdiagnose. I tillegg ønsket vi å sammenligne fordelingen av de hypertensive svangerskapsdiagnosene i MFR med egne registre på UUS.

Metoder. Retrospektiv gjennomgang av IT-registrerte ICD-10-kodete diagnoselister fra 2003, samt gjennomgang av journaler (papir og elektronisk) til pasienter innlagt med hypertensive svangerskapskomplikasjoner på UUS i samme tidsrom. Disse kliniske data ble sammenlignet med elektronisk fødedatabase, kodet av jordmødre. MFR-data fra 2003 for UUS ble innhentet.

Resultater. MFR hadde registrert for UUS i 2003: 5693 fødsler, derav 533 med hypertensiv tilstand (9.4%), 212 med hypertensjon alene (3.7%), 319 med preeklampsi (5.6%), 6 med eklampsi (1.1%), 6 med HELLP (1.1%). Den elektroniske fødedatabasen på UUS hadde registrert noen flere fødsler (5884), og kun 5.3% med hypertensiv tilstand. IT-registreringen tilsa 379 (6.6%) kvinner utskrevet med hypertensiv tilstand. Kvalitetssikring av journaldata viste at 33 av de 379 kvinnene var feilregistrert med hypertensjon. For HELLP og eklampsi var det rimelig godt samsvar mellom de tre kodesystemene. Vi fant en underregistrering i IT-registrerte diagnoser av preeklampsidiagnosen og en overregistrering av svangerskaps hypertensjon uten proteinuri i forhold til klinisk dokumentasjon. Det var aller best samsvar mellom journaldata og IT-utskrivningsdiagnosen i gruppen som var prematurt forløst (<uke 37).

Konklusjon. Det er rimelig god kvalitet på diagnosesetting av hypertensive svangerskapskomplikasjoner ved UUS, men det er fremdeles et forbedringspotensiale. Noe av feilkilden kan muligens skyldes et uklart skille i ICD-10 systemets definisjon av svangerskapsindusert hypertensjon (uten proteinuri) og undergrupper av preeklampsi. En noe upresis diagnosekoding fører sannsynligvis til tilsvarende feilregistrering i MFR, som muligens har en noe overregistrering av preeklampsidiagnosen i forhold til klinisk dokumentasjon. Ved journalgjennomgang var det mer usøyktighet i formell koding hos kvinner forløst etter uke 37 enn hos de prematurt forløste kvinnene (forløst <uke 37). Den kliniske konsekvensen av denne suboptimale diagnosesettingen er imidlertid uten betydning for den enkelte pasient.

Obstetrikk

14. MATERNAL ANTIBODIES AGAINST PARVOVIRUS B19 IN PREGNANCY AND THE RISK OF FETAL DEATH AND LOW BIRTH WEIGHT: A CASE CONTROL STUDY WITHIN 35,940 PREGNANT WOMEN

Sarfraz AA¹, Samuelsen SO^{2,3}, Bruu AL⁴, Jenum PA⁵, Eskild A^{1,6}

¹ Department of Gynecology and Obstetrics and Medical Faculty Division, Akershus University Hospital,

² Department of Mathematics, University of Oslo.

³ Division of Epidemiology, Norwegian Institute of Public Health, Oslo,

⁴ Department of Microbiology, Vestfold Hospital, Tønsberg,

⁵ Department of Microbiology, Asker and Bærum Hospital, Bærum, ⁶ Division of Mental Health, Norwegian Institute of Public Health, Oslo.

Objectives. The aim of our study was to assess the association between maternal antibody status against human parvovirus B19 and fetal death, birth weight and length of gestation.

Study design. Population based case control study within a cohort of 35,940 pregnant women in Norway. Cases were all (281) women with fetal death and a random sample of 957 women with a live born child.

Method. Information on pregnancy outcome was obtained from the Norwegian Medical Birth Registry. Serum samples from the first trimester were tested for parvovirus B19 antibodies. In women seronegative for parvovirus B19, further serum was analysed to detect occurrence of parvovirus specific IgG or IgM during pregnancy.

Results. A total of 0.7 percent (2/281) of the women who experienced fetal death and 0.9 percent (9/957) of the controls ($p=1.0$, Fisher's exact test) had presence of IgM antibodies, giving an odds ratio of 0.8 (0.2-3.5, 95% CI). In initially seronegative women 3.1 percent (2/65) with fetal death and 2.6 percent (8/307) with a live born offspring seroconverted ($p=0.7$, Fisher's exact test), odds ratio 1.2 (0.2-5.7, 95% CI). Presence of maternal parvovirus specific IgG or IgM antibodies in the first trimester, or occurrence of antibodies during pregnancy were not associated with birth weight or length of gestation in live born children.

Conclusion. Our results suggest that acute parvovirus B19 during pregnancy does not increase the risk of fetal death significantly and very few cases of fetal death may be attributed to maternal parvovirus B19 infection.

Obstetrikk

15. GENETIC AND EPIDEMIOLOGICAL RISK FACTORS OF VENOUS THROMBOSIS IN PREGNANCY – A HOSPITAL- BASED CASE-CONTROL STUDY

Skjeldestad FE¹, Flem Jacobsen A^{2,3,4}, Skogstad M³ and Sandset PM^{2,4}

¹ SINTEF Health Research and Institute of Laboratory Medicine, Childrens and Womens Diseases, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim,

² Departments of Haematology, and

³ Obstetrics and Gynaecology, Ullevål University Hospital Trust, Oslo,

⁴ Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo; Norway.

Background. Venous thrombosis (VT) is a multicausal disease and pregnancy increases the risk by a ten-fold. The ante- and postnatal period display different risks of VT. Data on combined analyses of clinical and congenital risk factors of VT during pregnancy are limited. The purpose of our study was to assess risks for ante- and post-natal VT among carriers of factor V Leiden and Prothrombin G20210A mutation.

Materials and Methods. 615 women with a validated pregnancy related diagnosis of VT and 1230 controls matched for time of delivery were invited to participate. 313 women with their first lifetime VT and 353 controls naïve for VT met eligibility criteria for participation. Non-responding and responding cases and controls did not differ in major demographic or other established risk factors for pregnancy related VT. Data were analyzed in SPSS with chi-square test and stepwise multiple logistic regression.

Results. Heterozygote factor V Leiden or prothrombin gene mutation were moderate risk factors of VT both ante- and postnatally. Homozygous carriers of factor V Leiden ($n=8$) or prothrombin gene mutation ($n=1$) had complete penetration of VT, whereas women with combined defects (heterozygous factor V Leiden and prothrombin gene mutation) displayed the highest risk of VT during the first trimester. Furthermore, immobilization and assisted reproduction remained strong independent antenatal risk factors after adjusting for congenital risk factors, as did immobilization, preeclampsia, hemorrhage and infection as postnatal risk factors.

Conclusion. Factor V Leiden mutation and prothrombin gene mutation were independent risk factors of both ante- and postnatal VT. We did not discover any interaction between the congenital and acquired risk factors indicating that none of the clinical risk factors had additive or multiplicative effects on congenital factors in prediction of pregnancy related VT.

16. NEONATAL ALLOIMMUN TROMBOCYTOPENI I NORGE 1994-2007: LAV DETEKSJONSRATE UTEN SCREENING – BØR VI ENDRE STRATEGI?

Tiller H¹, Killie MK¹, Skogen B^{1,2}, Øian P^{3,4}, Husebekk A^{1,2}

¹ Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø,

² Institutt for Medisinsk Biologi, Universitet i Tromsø, Tromsø,

³ Kvinneklivnikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø,

⁴ Institutt for Klinisk Medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø.

Bakgrunn. Neonatal alloimmun trombocytopeni (NAIT) skyldes oftest maternelle anti-HPA I a antistoffer rettet mot fosterets/barnets blodplater i svangerskap der mor er HPA I a negativ og barnet HPA I a positiv. Insidensen av NAIT er 1:1100 av nyfødte, og 1:12500 – 1:25000 nyfødte får hjerneblødning på grunn av NAIT. I en stor norsk screeningstudie ble det vist at man ved HPA I typing av mor i svangerskapet, etterfulgt av oppfølging og intervensjon av immuniserte HPA I a negative mødre, reduserte morbiditet og mortalitet hos den nyfødte med nesten 75 %. I tillegg synes en slik screening å være kostnadseffektiv for samfunnet. Vi har studert deteksjonsraten av NAIT i Norge i en ikke-screenet populasjon og sammenlignet med data fra screening-studien.

Metode. NAIT tilfeller diagnostisert rutinemessig ved det nasjonale referanselaboratoriet for avansert trombocyt-immunologi i perioden 1994-2007 ble studert. Ut fra kjent fødselsrate i denne perioden, ble antall NAIT-tilfeller per år beregnet. I screening-studien ble 100448 gravide typet i HPA I systemet. En drop-out rate på 6 % ble brukt for å estimere antall fødsler ut fra antall graviditeter. Observerte NAIT-rate ble sammenlignet med antall NAIT-tilfeller som ble funnet ved screening.

Resultat. Av totalt 545 ikke-screenede tilfeller for mistenkt NAIT i perioden 1994-2007, ble 94 bekreftet som NAIT. 86 av alle NAIT tilfellene skyldes anti-HPA I a antistoffer hos mor. Dette tilsvarer at vi diagnostiserer 7,4 NAIT tilfeller per år i Norge uten screening. I den screenede populasjonen ble 85 tilfeller med NAIT funnet totalt, og det tilsvarer en forventet deteksjonsrate på 52 tilfeller per år. Deteksjonsraten for NAIT i Norge var derfor 14 % av forventet. Deteksjonsraten for NAIT i de ulike Helse-regioner varierte fra 8 % - 30 %.

Konklusjon. Uten et screeningprogram for NAIT finner vi kun 14 % av alle tilfeller i Norge. Screening eller ikke – vi må øke fokus og endre strategi slik at vi unngår alvorlig morbiditet og mortalitet hos barn med NAIT.

Obstetrikk

17. POSTPARTUM BLØDNING; PROFYLAKSE OG BEHANDLING I NORGE I 2007

Engnæs AS, Frydenlund K, Gjessing LK, Salvesen KÅ

Norges Teknisk Naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Kvinneklivnikken ved St. Olavs Hospital og Stavanger Universitetssykehus

Målsetting. Studere profylakse mot og behandling av postpartum blødning (PPB) ved norske fødeinstitusjoner i 2007.

Materiale og metode. Et spørreskjema ble sendt til 56 norske fødeinstitusjoner våren 2007. Tre fødeinstitusjoner ble ekskludert, fordi de ikke hadde fødsler i 2007. Vi spurte om rutiner for profylakse og behandling ved alvorlig PPB. Institusjonene ble delt inn i grupper på bakgrunn av vaktordning og etter årlig antall fødsler. Av et årlig fødselstall på 58964 skjedde 69% ved 13 Kvinneklivnikker (> 1500 fødsler), 25% ved 20 større sykehus (400-1500 fødsler), 5% ved 10 små sykehus (< 400 fødsler) og 1% ved 10 fødestuer.

Resultater. 72 % av norske fødeinstitusjoner brukte medikamentell profylakse mot PPB. Små sykehus (< 400 fødsler årlig) brukte sjeldnest profylakse. Oksytocin ble oftest brukt.

Som medikamentell primærbehandling ble oksytocin og misoprostol mest brukt. Flere sykehus bruker intravenøs behandling med 15-methyl-PGF-2 α og methylergometrine selv om slik praksis bryter med norsk veileder i fødselshjelp fra 2006. B-lynch sutur var det mest brukte sekundært tiltaket uavhengig av størrelse på fødeinstitusjonen. Intrauterin ballong ble brukt som førstevalg ved noen kvinneklivnikker. Analyse av vaktordninger og sykehusstørrelse gav omtrent like resultater, men vi påviste interessante forskjeller i vaktbelastning i forhold til sykehusenes fødselstall.

Fortolkning. Det anbefales bruk av blødningsprofylakse, og dette burde være spesielt viktig ved fødeinstitusjoner med leger i hjemmevakt. Intrauterin ballong burde brukes av flere institusjoner, fordi inngrepet er lett å lære og gir raskt svar på om det hjelper. Vi foreslår følgende rekkefølge ved sekundærbehandling av PPB som skyldes uterusatoni:

1. Uterustamponade med ballong
2. Kompresjonssuturer (B-lynch eller liknende metoder)
3. Ligering av arterier
4. Embolisering
5. Peripartum hysterektomi

Det er fortsatt uklart på hvilket stadium aktivert faktor VII (Novoseven) bør settes inn i behandlingsskjeden.

Obstetrikk

18. POSTPARTUM ANEMI – NORSK MULTISENTER UNDERSØKELSE

Westad S¹, Backe B², Salvesen KÅ², Nakling J¹, Økland I³, Borthen I⁴, Jensen OHR⁵, Kolås T¹, Løkvik B⁶, Smedvig E⁴

¹ Sykehuset Innlandet HF Lillehammer,

² St Olav Hospital,

³ Stavanger Universitetssykehus,

⁴ Haukeland Sykehus,

⁵ Ullevål Universitetssykehus

Bakgrunn. Postpartum anemi er vanlig, over 5 % har hemoglobin under 8,5 postpartum. Standard behandling har vært jerntabletter og eventuelt blodtransfusjoner. Intravenøs jernbehandling til barselkvinner med lav hemoglobin har vist seg å være en god behandling for disse.

Metode. Vi har gjennomført en åpen randomisert kontrollert studie hvor 128 barselkvinner med hemoglobin mellom 6,5 g/dL og 8,5 g/dL ble randomisert til enten intravenøs jernbehandling i form av Venofer 200 mg i 3 påfølgende dager eller Duroferon tabl x 2 daglig frem til 4 uker postpartum. Etter dette fikk begge gruppene Duroferon tabl x 2 frem til uke 12. Randomisering og start av behandling skjedde innen 48 timer etter fødsel. Effekten av behandlingen ble vurdert via hematologiske parametre og livskvalitets-målinger i form av SF-36 og Fatigue Score. Blodoverføringer var ikke kontraindisert.

Resultater. Gjennomsnittlig hemoglobin 4 uker post partum var lik i gruppene (11,9 g/dL vs 12,3 g/dL, p=0,89). Gjennomsnittlig ferritin-verdi etter 4 uker var signifikant høyere i intervensjonsgruppen (Venofer) med 13,7 ug/L vs 4,2 ug/L i kontroll-gruppen (p<0,001). Etter 8 og 12 uker var de hematologiske parametrene like i de to gruppene. Total Fatigue Score var signifikant bedre i intervensjonsgruppen etter 4, 8 og 12 uker; mens SF-36 ikke viste forskjell mellom gruppene.

Konklusjon. Kvinner som behandles med 600 mg jern-sucrose etterfulgt av peroral jernbehandling etter 4 uker, øker jernlagrene raskere og har en gunstigere utvikling i Fatigue Score, noe som indikerer bedre livskvalitet.

19. ENOMETRIOSE RUNDT NERVUS OBTURATORIUS ETTER GJENNOMGÅTT KIRURGI FOR CERVIX CANCER

Langebrekke A, Sachse KS, Qvigstad E

Kvinneklinikken, Ullevål Universitetssykehus, Oslo

En 26 år gammel kvinne med cancer cervicis uteri stadium IB gjennomgikk laparoskopisk lymfadenectomi og trachelectomi. Senere utviklet hun invalidiserende symptomer fra nervus obturatorius. Man kunne ikke påvise metastaser derimot endometriose rundt nerven. Hun gjennomgikk deretter en ny laparoskopi der man fjernet et endometrioseinfiltrat som omkranset nerven. Pasienten har siden vært symptomfri. Kasus vil bli demonstrert med bilder, video og diskutert.

Cancer

20. CALPROTECTIN: EN MULIG PLASMA BIOMARKØR VED ENOMETRIECANCER?

Ni Bhriain H¹, Trovik J², Wik E², Levy L¹, Lømo AB¹, Salvesen HB², Staff AC¹

¹ Kvinneklinikken, Ullevål universitetssykehus, Oslo;

² Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus, Bergen.

Bakgrunn. Endometriecancer er den hyppigste underlivskreftform i den vestlige verden. Det er flere kjente risikofaktorer, slik som østrogen monoterapi, sen menopause, anovulasjon, nulliparitet, fedme, hypertensjon og diabetes mellitus. Postmenopausal vaginalblødning og metroragi er vanlige symptomer, men vi mangler kliniske biomarkører for denne kreftsykdommen. Calprotectin er et inflammatorisk protein som frigjøres fra aktiverte nøytrofile granulocytter og har cytotoxiske og cytokin-lignende effekter. Plasmakonsentrasjon av calprotectin er forhøyet ved flere inflammatoriske sykdommer, slik som inflammatorisk tarmsykdom, samt ved gastrointestinal cancer. Vi har i tidligere publisasjon vist at kvinner med ovarialcancer har høyere median calprotectin plasmanivå enn friske kvinner (med benigne adnextumores), men calprotectin var litt dårligere enn CA125 til å skille mellom benigne og maligne adnextumores. Denne nye studien ønsket å undersøke om sirkulerende calprotectin hos kvinner med endometriecancer er forhøyet i forhold til andre pasientgrupper med ovarialtumores og friske kvinner.

Metode. Kvinner med endometriecancer ble rekruttert på Haukeland universitetssykehus (n=196). Prøver fra kvinner med benigne adnextumores (n=71) er tidligere samlet inn (og calprotectindata er publisert) fra Ullevål universitetssykehus. I tillegg er friske frivillige (19 pre- og 19 postmenopausale) rekruttert fra Ullevål universitetssykehus. Plasma calprotectinkonsentrasjoner ble analysert med ELISA og statistiske analyser (Mann-Whitney) ble utført med SPSS. P<0.05 er definert som statistisk signifikansnivå.

Resultater. Median calprotectinverdi i endometriecancergruppen var signifikant høyere enn i gruppen av kvinner med benigne adnextumores (3415 versus 890 µg/L, P<0.001), samt høyere enn i gruppen av friske premenopausale og friske postmenopausale kvinner (hhv 859 og 851 µg/L, P<0.001 for begge grupper versus endometriecancer). Gruppen av kvinner med endometriecancer hadde også høyere median plasma calprotectinverdi enn den tidligere analyserte (og publiserte) ovarialcancergruppen (3415 versus 2512 µg/L, P=0.001).

Konklusjon. Calprotectin er en mulig lovende biomarkør for gynekologisk cancer som trengs å undersøkes nærmere. For endometriecancer finnes det ingen god plasma biomarkør i dag, og vi ønsker utforske videre om plasmanivået av calprotectin er korrelert med prognose, overlevelse og effekt av behandling.

Cancer

21. METABOLSK SYNDROM ETTER BILATERAL SALPINGO-OOFOREKTOMI HOS KVINNER MED HØY RISIKO FOR ARVELIG BRYST/EGGSTOKK-KREFT

Michelsen TM^{1,2}, Pripp AH³, Tonstad S⁴, Tropé CG^{5,6}, Dørum A^{5,6}

¹ Gynekologisk avdeling, Sørlandet Sykehus Arendal, Arendal

² Nasjonalt Senter for Kvinnehelse, Rikshospitalet, Oslo

³ Enhet for Biostatistikk, Rikshospitalet, Oslo

⁴ Medisinsk klinikk, Ullevål Universitets Sykehus, Oslo

⁵ Seksjon for Gynekologisk Onkologi, Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Oslo

⁶ Fakultetsdivisjon Det Norske Radiumhospitalet, Universitetet i Oslo, Oslo.

Bakgrunn. Risikoreduserende salpingo-ooforektomi (RRSO) beskytter effektivt mot eggstokkreft hos BRCA-mutasjonsbærere og hos kvinner med risiko for arvelig bryst/eggstokk-kreft. RRSO fører til umiddelbar menopause, og studier har vist at tidlig menopause kan øke risikoen for hjerte- og karsykdom. Metabolsk syndrom gir økt risiko for hjerte- og karsykdom og type 2 diabetes. Vi ønsket å bestemme risikoen for metabolsk syndrom hos kvinner som har gjennomgått RRSO sammenlignet med populasjonsbaserte kontroller.

Metode. Totalt 503 kvinner som hadde gjennomført RRSO på grunn av risiko for arvelig bryst/eggstokk-kreft ble tilskrevet med spørreskjema og bedt om blodprøver, blodtrykkmåling og antropometriske data. Av disse responderte 361 (71%) og 326 (65%) leverte komplette data. Kontrollgruppen besto av 679 kvinner fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT-2). Metabolsk syndrom ble definert etter 2005 National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (ATP) kriterier og etter International Diabetes Federation (IDF) kriterier.

Resultater. RRSO-gruppen var gjennomsnittlig 54.4 (SD 8.9) år gamle og kontrollene var gjennomsnittlig 48.5 (SD 13.1) år gamle (p<0.001). Gjennomsnittlig oppfølging etter RRSO var 6.5 år (SD 4.4). I multipel logistisk regresjonsanalyse var RRSO signifikant assosiert med metabolsk syndrom etter ATP kriterier (odds ratio [OR] 2.46 [95% CI 1.63, 3.73]) og etter IDF kriterier (OR 2.49 [CI 1.60, 3.88]). Økende alder og økende kroppsmasseindeks var også signifikant assosiert med metabolsk syndrom.

Konklusjon. RRSO hos kvinner med økt risiko for arvelig bryst/eggstokk-kreft er signifikant assosiert med metabolsk syndrom. Medisinsk oppfølging med tanke på hjerte- og karsykdom og type 2 diabetes bør vurderes etter inngrepet. RRSO bør ikke frarådes kvinner med BRCA mutasjoner, men indikasjonen bør være god og informasjon om fordeler og ulemper må gis.

22. MALIGN STRUMA OVARI, ET KASUISTIKK SAMT REVIEW AV LITTERATUR

Mohammed HA¹, Hegnauer HM¹, Al-Ani S², Al-Khairo F² Al-Shibli K²

¹ Kvinneklinikken, Nordlandssykehuset, Bodø

² Patologi avdeling, Nordlandssykehuset, Bodø.

Bakgrunn. Struma ovarii er en type av monomorfsk teratom. 1-5 % av struma ovarii er malign og er vanligvis asymptomatisk. Papillært thyreoideakarsinom er den mest vanlig histologisk type.

Metode. Vi presenterer et kasus av en 43år gammel kvinne, gravida I para 0 som har en kjent høyre sidig ovarial cyste i flere år. Har i det siste året utviklet smerter bak i ryggen, med kraftig og uregelmessige menstruasjon. Gynekologisk undersøkelse viser palpasjonsubehag i høyre adnex. Transvaginal ultralyd viser en relativt velavgrenset høyre ovarial cyste på 3.4x3.5cm, uregelmessig vegg med ekskreanse og hyperekoiske mønster i noen områder; teratom? Et liknende funn på MR-undersøkelse hvor malignitet ikke kunne utelukkes. Høyresidig laproskopisk salpingo-ooforektomi ble gjort. Senere etter mottakelse av histologi svar radikal operert. Literature søk og review av likende kasus gjennomført.

Resultater. Patologisk undersøkelse av høyre adnex viste malign struma ovarii differensiert som papillært thyreoideakarsinom. Kapselgjennombrudd ikke påvist. Tube uten påvist patologisk forandringer. Videre utredning viste ingen forstørrede lymfeknuter eller tegn til metastase ved abdomen/bekken CT. Røntgen thorax viste ingen metastase. Ingen malignitet suspekt lesjon i thyreoidea og FT4 og TSH var normale. Hysterektomi, venstre side salpingo-ooforektomi, eksisjon av iliakale lymfeknuter og omentektomi viste ingen malignitet.

Konklusjon. Malign struma ovarii er en veldig sjelden type av ovarial tumor som er ofte diagnostisert postoperativ. Det finnes ingen bestemt behandlings strategi. Langvarig oppfølging er viktig, da residiv kan komme etter flere år og er mest sannsynlig hos pasienter som er konservativt behandlet.

Cancer

23. BRUK AV RNA-BASERT HPV-TEST I CERVIXCYTOLOGISK SCREENING- ERFARINGER FRA UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Sørbye SW¹, Fismen S¹, Gutteberg T², Mortensen ES¹

¹ Patologisk anatomisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, og

² Mikrobiologisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø.

Bakgrunn. Tester for påvisning av humant papillomavirus (HPV-test) er inkludert i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft som en del av oppfølgingen av kvinner med usikre og lavgradige forandringer i cytologisk prøve. I denne artikkelen viser vi resultater fra en RNA-basert metode for påvisning av HPV i et materiale fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Metode. Studien inkluderer 1 370 cytologiske kontrollprøver med samtid HPV-test utført ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF i 2006 og 2007 etter retningslinjene til Masseundersøkelsen. Det ble benyttet en RNA-basert HPV-test som påviser fem høyrisiko HPV-typer. Resultatet av HPV-testen er sammenholdt med samtidig cytologisk diagnose og eventuell senere biopsi tatt til og med april 2008.

Resultater. Det ble påvist CIN2+ (CIN2, CIN3 eller karsinom) i biopsier hos 49 % av kvinnene med positiv HPV-test. Sensitivitet for påvisning av en CIN2+ var 86 % ved positiv HPV-test. Negativ prediktiv verdi var 0,98. HPV-test utført med RNA-basert metode er mindre sensitiv, men mer spesifikk enn med DNA-basert metode. I vårt materiale ble det påvist høygradig dysplasi ved samtidig eller etterfølgende biopsi hos 2 % av de HPV-negative pasientene.

Konklusjon. Våre resultater tilsier at RNA-basert HPV-test ikke kan erstatte cytologisk undersøkelse som primærskanning, men har en sensitivitet og spesifisitet som gjør den godt egnet i oppfølging av usikre og lavgradige forandringer når den brukes sammen med cytologisk prøve. Ved manglende samsvar mellom cytologisk prøve og HPV-test må cytologiske celleforandringer tillegges større vekt enn negativ HPV-test.

Cancer

24. FOTODYNAMISK BEHANDLING AV CERVIKALE DYSPLASIER (CIN)

Fallås Dahl G, Onsrud M

Kvinneklinikken Ullevål Universitetssykehus, Oslo.

Bakgrunn. Konisering av cervikale dysplasier (CIN2/3) øker risikoen for komplikasjoner; inkludert blødning, infeksjon, stenoser og premature fødsler. Dette er et problem spesielt for unge kvinner som planlegger å bli gravide. Fotodynamisk behandling er en alternativ behandlingsmetode som bare fjerner sykt vev, og dermed bevarer livmorhalsens normale funksjoner. Metoden kombinerer et legemiddel med fotoaktivering (belysning) og brukes i dag til behandling av blant annet hudkreft.

Metode. Dette forsøket er en dose-finnende studie på 91 pasienter med CINI-3 som er henvist til gynekolog for konisering. Studien går i Oslo og Hannover; og i denne presentasjonen er de første resultatene fra 35 pasienter i Oslo presentert. Pasientene fikk applisert på cervix 10 mL methyl aminolevulinat (MAL) 2.2g eller hexaminolevulinat (HAL) 25mg og 100mg, og ble fotoaktivert med en rød (635nm) laser 3 (Oslo) eller 12 (Hannover) timer etter legemiddel-applisering. Fotoaktiveringen skjedde over 17 minutter med en dose på 100J/cm². Pasientene ble rebehandlet med samme dose en gang ved ufullstendig respons etter første behandling. Primær effekt parameter var histologi og cytologi ved 6 måneders oppfølging. I tillegg ble det gjort HPV DNA og mRNA analyser.

Resultater. 35 pasienter med CINI-3 (1 CINI, 12 CIN2, 22 CIN3) ble behandlet med MAL (12 pasienter), HAL 25mg (12 pasienter) og HAL 100mg (11 pasienter). 12 pasienter ble rebehandlet, x med MAL, y med HAL 25mg og z med HAL 100mg. X CINI/2 pasienter fikk komplett response, uavhengig av legemiddeldose. CIN3 pasienter responderte best på HAL 100mg med x % response rate. X% av pasientene hadde high-risk HPV DNA ved inklusjon, og i x% av pasienter som responderte på behandlingen – forsvant også HPV. Re-behandling ga komplett respons i x% av pasientene.

Pasientene opplevde vaginal utflod (x%) og uterine kramper (x%) under fotoaktiveringen. Ubehaget under belysningen er redusert i andre del av forsøket ved å redusere lysintensiteten. Livmorhalsen hos pasienter med komplett respons var normal under oppfølgings-kolposkopi.

Konklusjon. HAL fotodynamisk behandling av cervikal dysplasi med kan bli et interessant alternativ til standard konisering pga svært god bivirkningsprofil. Videre testing mht effekt og bivirkninger pågår.

Tabell 1 CIN og HPV DNA respons rate

	CINI/2	HPV	CIN3	HPV	CINI-3	HPV
MAL 2.2g						
HAL 25mg						
HAL 100mg						
MAL+HAL						

25. KORLEIS HAR MEDIKAMENTELL ABORT VORTE IMPLEMENTERT I NOREG?

Løkland ME, Iversen OE, Kirste U, Bjørge L

Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

Bakgrunn. Medikamentell abort med mifepristone og misoprostol for kvinner fram til 9. veke vart innført i Noreg i 1998. Gradvis har fleire avdelingar tatt i bruk metoden og ved ulike sjukehus har også medikamentell metode etter 12. veke, 9-13 veke og medikamentell abort heime vorte tatt i bruk. Vi ynskte å sjå på den nasjonale utviklinga i implementeringa av medikamentell abort frå 1998- juni 2008.

Metodar. Prosjektet er ein retrospektiv kartleggingsstudie av implementeringa av medikamentell abort i Noreg frå 1998 – 2008. Den historiske fordelinga mellom medikamentell og kirurgisk abort på nasjonalt nivå med utgangspunkt i tal frå SSB og MFR sine analyser. Alle avdelingar i Noreg som utfører abort har fått tilsendt eit spørreskjema. Det vart spurt om avdelinga tilbyr medikamentell abort, ved kva for gestasjonslengde, heime eller i sjukehus og når vart det innført for dei ulike typer og gestasjonslengder. I tillegg har ein spurt om kva for dose mifepriston som vert nytta, administrasjonsmåte for misoprostol og kontrollrutinar. Til slutt har ein bedt om det totale talet på abortar utført i 2007 og andelen som medikamentelle.

Resultat. Ved innsending av abstrakt har 17 av 38 avdelingar svart. 15/17 avdelingar tilbyr medikamentell abort. 6 avdelingar tilbyr medikamentell abort heime; 4 < 9 veke; 1 < 8 veke og 1 < 7 veke. 5 avdelingar tilbyr medikamentell abort for gestasjonslengden 9-13 veke. 13 avdelingar nyttar 200 mcg mifepriston, 1 avdeling 400 mcg og 1 avdeling 600 mcg. Når det gjeld kontrollrutinar nyttar 7 avdelingar klinisk/UL, 4 avdelingar nyttar u-hCG, 2 avdelingar nyttar s-hCG og ei avdeling har ikkje kontroll. 1 avdeling kombinerer u-hCG og klinisk/UL. Dei har nyleg innført medikamentell abort ved 9-12 veke, men har ikkje presisert om det er denne gruppa som har kliniske kontrollar og at dei under 9 veke har u-hCG. Resultata vil verta oppdatert før årsmøtet.

Konklusjon. Medikamentell metode for svangerskapsavbrot har vorte innført ved dei fleste gynekologiske avdelingar i Noreg. Dei siste åra har også fleire avdelingar byrja å ta i bruk medikamentell metode for 9-12 veke og ein har byrja å tilby medikamentell abort heime. Dei fleste avdelingar nyttar 200 mcg som standard dosering av misoprostol medan det er større variasjon i kontrollrutinane etter medikamentell abort.

Generell gynekologi

26. 10 ÅR MED MEDIKAMENTELL ABORT VED KVINNEKLIVNIKEN, HAUKELAND UNIVERSITETSSJUKEHUS

Løkland ME, Iversen OE, Kirste U, Bjørge L

Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

Bakgrunn. Kvinneklivnikken i Bergen har hatt eit tilbod om medikamentell abort med mifepristone og misoprostol for kvinner fram til 9. veke sidan april 1998, etter 12. veke sidan september 1999, 9-13 veke sidan oktober 2005 og medikamentell abort heime fram til 9. veke sidan mai 2006. Vi ynskte å sjå utviklinga i pasientfordeling mellom dei ulike metodane og kirurgisk abort for alle kvinner som kom for sjølvbestemt abort i perioden 1996-2007.

Metodar. Prosjektet er ein retrospektiv kartleggingsstudie av abortprosedyren i Bergen frå 1996 til 2007 der ein har sett på pasientfordeling mellom dei ulike prosedyrane i eit tidsperspektiv. Det vert utført om lag 1000 abortar per år ved Kvinneklivnikken i Bergen. Ein har sett på den historiske fordelinga av alle kirurgiske abortar i forhold til det totale talet medikamentelle abortar i tal og prosent. Historisk fordeling mellom medikamentelle og kirurgiske abortar opp til 9 veke i tal og prosent og det same for 9-13 veke. Ein såg også på den historiske fordelinga innad i gruppa medikamentell abort i tal og prosent.

Resultat. Det fyrste året var 142 av 950 abortar medikamentelle (14,9%). I 2003 vart det bestemt at medikamentell abort skulle vera hovudmetode. Det året var 623/981 abortar medikamentelle (63,5%). Ser ein på dei med gestasjonslengde under 9 veke for seg så var 73,1% medikamentelle. I 2006 hadde ein tilbod om medikamentell metode for alle gestasjonslengder og for medikamentell abort heime opp til 9 veke. Det året var 832/1009 (82,5%) av alle abortar medikamentelle. Differensier ein mellom dei under og over 9 veke finn ein at 96,7% av abortane under 9 veke var medikamentelle og 54,7% i gruppa 9-13 veke.

Konklusjon. Innføringa av medikamentell metode for svangerskapsavbrot har ført til ei stor endring i pasientbehandlinga med effekt for store grupper av kvinner og for avdelinga. Ein sparer årleg om lag 800 kvinner for narkose og eit kirurgisk inngrep. Tidlegare studier har vist at kvinnene er fornøye med den medikamentelle metoden. Det har også blitt frigjort kapasitet på operasjonsstuene slik at ein kan auka tilbodet til andre pasientgrupper.

Generell gynekologi

27. 30 ÅR MED SELVBESTEMT ABORT - NORDISKE ERFARINGER

Skjeldstad FE

Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

Bakgrunn. Danmark, Sverige og Norge innførte selvbestemt abort i 1973, 1974 og 1978, mens abortlovene ble liberalisert i 1970 og 1974 i henholdsvis Finland og Island. Sett på denne bakgrunnen er det naturleg å evaluere 30-års erfaring med selvbestemt abort i Norge samtidig med abortutviklinga i de andre nordiske landene.

Metode. Gjennom egne studier; abortdata fra Statistisk sentralbyrå, senere fra Folkehelseinstituttet (Medisinsk fødselsregister), og med data fra Stakes (Finland), Iceland Statistics (Island), Sundhedsstyrelsen (Danmark) og Socialstyrelsen (Sverige) er data for svangerskapsavbrudd framskaffet tilbake til 1970-årene.

Resultater. Sverige har gjennom alle år (1976-2007) hatt høyest abortrate i Norden. Abortraten i Norge har vært relativt stabil varierende mellom 15-17 per 1000 kvinner 15-44 år i hele perioden. Finland og Danmark har hatt en klar nedgang i den generelle abortraten fram til slutten av 1980-årene, senere har abortraten vært stabil i disse landene. Mens Island hadde den lägste abortraten i slutten av 1970-årene, har abortraten på Island økt til nivå med Danmark og Norge de senere årene. Finland, lägst abortrate i Norden, har lavere abortrate i alle aldersgrupper, tilsvarende har Sverige, høgst abortrate i Norden, høyere abortrate i alle aldersgrupper. Det er store fylkesvise (amt/län) forskjeller i abortrate i alle de nordiske landene. "Bibelbelte" fylkene (amt/län) har lägst abortrate både i 1970-årene og de senere år. Forekomst av andretrimester aborter varierer ikke med den generelle abortraten eller abortlov-givning, da både Sverige og Finland har høyere forekomster av andretrimester aborter enn Norge, Danmark og Island. Det er ikke noe klart mønster mellom den generelle abortraten og prevensjonsbruk de nordiske landene.

Konklusjon. Den generelle og de aldersspesifikke abortratene viser klare kulturelle mønster i alle de nordiske landene. Den generelle abortraten har endret seg lite i Norge og Sverige. Mens Danmark og Finland har en klar nedgang i abortforekomst på 1980-tallet, viser Island en økning i antallet svangerskapsavbrudd fram til år 2000. Det er ingen sosialpolitiske virkemiddel som kan forklare forskjeller i abortutvikling i de nordiske landene.

28. STOR VARIASJON I POSTOPERATIV BEHANDLING OG RÅD VED HJEMREISE ETTER HYSTEREKTOMI OG VAGINALPLASTIKK. EN NASJONAL SPØRREUNDERSØKELSE

Ellstrøm Engh M¹, Schjønsby AP¹, Ottesen M².

¹ Kvinneklivnikken Akershus Universitetssykehus, ²Kvinne klinikk Hvidovre Hospital, Hvidovre, Danmark

Bakgrunn. Postoperativ behandling og råd ved hjemreise etter kirurgiske inngrep er vanligvis ikke kunnskapsbasert. Målet ved studien var å beskrive norske gynekologers pre og postoperative behandling samt råd og restriksjoner i konvalesensperioden ved rutin kirugi

Metode. I 2007 sendte vi et spørreskjema til alle (n=599) norske spesialister i gynekologi om postoperativ behandling og råd for konvalesensperioden etter vaginalplastikk, vaginal hysterektomi (descens ikke indikasjon) og abdominal hysterektomi. Spørreskjemaet er tidligere blitt brukt for å undersøke danske legers praksis og ble tilpasset norske forhold. I tillegg til vaginal plastikk tok vi med vaginal hysterektomi (der descens ikke var indikasjon) og abdominal hysterektomi. Det ble sendt en purring til de som ikke hadde svart. Vi spurte om pre og postoperativ behandling, forventet liggetid i sykehus etter operasjonen, løfterestriksjoner, sykmelding, og tid før gjenopptak av definerte aktiviteter.

Resultater. 59 prosent responderte på spørreskjemaet. Forventet postoperativ liggetid var median 2 dager (0->4) etter vaginal plastikk, 2 dager (1- >4) etter vaginal hysterektomi og 3,5 dager (1->4) etter abdominal hysterektomi. Anbefalt sykmelding for pasienter med tungt arbeid var 6 uker (1-9) for vaginal plastikk, 6 uker (3-9) for vaginal hysterektomi og 4 uker (1-9) for abdominal hysterektomi. Det var stor variasjon i råd og anbefalinger for konvalesensperioden. Anbefalt løfterestriksjon var median 5 kg (1-20) i median 4 uker (1- >6) for vaginal plastikk, 5 kg (1-30) i median 4 uker (1- >6) for vaginal hysterektomi og 5 kg (1-20) i median 4 uker (1- >6) for abdominal hysterektomi. Avholdenhet fra samleie var median 5 uker (1- >6) for vaginal plastikk, 4 uker (1- >6) for vaginal hysterektomi og 4 uker (1- >6) for abdominal hysterektomi.

Konklusjon. Postoperativ behandling og råd og anbefalinger i konvalesensperioden etter operasjoner gitt av norske gynekologer varierer mye og er basert på individuelle synspunkter. Det er ønskelig med kunnskapsbasert praksis og konsensus.

Generell gynekologi

29. KOMPARATIVT STUDIUM AV PUBOVISCERAL MUSKELEN VED BRUK AV TRE-DIMENSJONAL PERINEAL ULTRALYD OG MAGNETISK REZONANS IMAGING

Majida M¹, Hoff Brækken I², Bø K², Umek W³, Ellstrøm Engh M¹.

¹ Kvinneklivnikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog

² Norges Idrettshøgskole, Oslo,

³ Department of Gynecology and Obstetrics, University of Vienna, Austria.

Bakgrunn. Magnetisk resonans imaging (MRI) har tidligere vært den eneste metoden for å kunne evaluere bekkenbunnsuskulaturen (pubovisceral muskelen)(PVM) direkte. MRI blir derfor betraktet til å være gullstandarden i dette feltet. Utviklingen av tre og fire dimensjonal ultralyd har gjort det mulig å evaluere bekkenbunnen med ultralyd på en liknende måte. Målet med dette studiet var å sammenlikne biometriske mål av den pubovisceral muskelen målt med 3D ultralyd og MRI.

Metode. 18 frivillige kvinner deltok med gjennomsnittsalder 47,0 år (rekkevidde 30,0-61,0, ±SD 8,3), gjennomsnitt for BMI var 24,6 (rekkevidde 19,3-36,1, ±SD 4,1) og paritet var 2,0 (rekkevidde 0,0-3,0, ±SD 0,9) 3D.Transperineal ultralydsundersøkelser ble gjennomført med GE Kretz Voluson E8 system (GE Medisinsk Systemer Norge). MRI bilder ble tatt med en Siemens Magnetom Harmoni 1.0T maskin. En undersøker gjennomførte alle analyser. Registreringene ble analysert tre ganger i nivå av minimal hiatal dimensjoner. Biometriske variabler som ble analysert var levatorhiatus areal (Lharea), antero-posterior diameter (LHap), tverrdiameter av levatorhiatus (LHrl), tykkelse av PVM ble målt lateral til skjeden og rektum både på høyre og venstre side, som er vertikal til den antatt PVM fiberretning (TykkelseRv, TykkelseLv, TykkelseRr, TykkelseLr).

Resultater. Verdien for alle parametere var normalfordelt. Korrelasjonene mellom målingene fra de to metodene var sterke og meget signifikante for majoriteten av dataene. Korrelasjonene var slik Lharea 0,86, < P0,001, LHap 0,91, P< 0,001, LHrl 0,78, P<0,001, tykkelse Rv 0,82, P<0,001, Tykkelse Lv 0,66< 0,003, Tykkelse Rr 0,79<0,001, Tykkelse Lr 0,77<0,001.

Konklusjon. Resultatet av dette studiet viste at biometriske målinger av puboviscerala muskelen målt med 3 D transperineal ultralyd samsvarer godt med gull standarden, MRI og peker på at 3D ultralyd kunne vært brukt i stedet for MRI ved evaluering av bekkenbunnensanatom i hvile i kvinner uten bekkenorganprolaps.

Generell gynekologi

30. OPPLÆRINGSPROGRAM I LAPAROSKOPISK SUTURTEKNIKK

Uv KM¹, Olsen OC²

¹ Kvinneklivnikken, Sykehuset Buskerud,

² Gastrokirurgisk Avdeling Sykehuset Buskerud

Bakgrunn. Ettersom laparoskopi stadig oftere benyttes som standard metode ved gynekologiske operasjoner, øker også behovet for å mestre laparoskopisk suturteknikk. Terskelen har vist seg høy for å ta i bruk suturteknikk og det er behov for opplæring utenom operasjonstuen.

Metode. Det finnes mange ulike suturteknikker. De forskjellige teknikkene er gjennomgått og validert. Det ble tilstrebet en metode som skulle være lett å lære for alle som driver med laparoskopi. Dessuten ble metoden valgt for å kunne dekke behovet i de fleste tilfeller der det er nyttig med sutur. Selve suturteknikken er brutt ned i 10 enkeltmomenter. Disse momentene består av alt fra riktig trådlengde, innføring av tråd i trokar, montering av nål på nålholder, selve suturen i vevet, presentasjon av tråd, intrakorporal knuteteknikk med første knute og påfølgende knuter, klipp og fjerning av nål med tråd.

Resultat. Et opplæringsprogram med videodemonstrasjon og beskrivelse av de forskjellige momentene er laget. Programmet er testet ut på leger i opplæring. Terskelen for å benytte sutur i laparoskopiske operasjoner er senket.

Konklusjon. Opplæringsprogrammet har vist seg gjennomførbart også uten vesentlig supervisjon. Suturteknikken dekker behovet ved de vanligste suturene innen gynekologiske operasjoner.

31. LÆRINGSKVOTIENT SOM MÅL FOR LÆRINGSPOTENSIALE I LAPAROSKOPI.

Uv KM¹, Olsen OC², Gundersen K¹, Korbøl L¹

¹ Kvinneklivnikken, Sykehuset Buskerud,

² Gastrokirurgisk Avdeling Sykehuset Buskerud

Bakgrunn. Laparoskopisk teknikk krever tradisjonelt lang læring. Det er behov for et mål som sier noe om behov for opplæring.

Metode. Utfordringen i laparoskopi er at operatøren ser alt 2-dimensjonalt via en skjerm. Dersom operatøren kan gjøre en prosedyre like bra åpent som via skjerm, betyr det at den laparoskopiske teknikken er optimal. Dersom forskjellen er stor, vil operatøren ha et stort læringspotensiale. Ved hjelp av en simulator der øvelsene kan gjøres både åpent og lukket (via skjerm) kan denne forskjellen måles. Ved hjelp av Debes formel, regnes det ut en treningskvotient. Assistentleger i opplæring har gjennom et strukturert og systematisk opplegg fått testet sin kvotient. Klinisk erfaringsnivå og antall timer øvelse på simulator er registrert og sammenlignet med den beregnede kvotienten.

Resultat. Kvotienten korrelerer med den individuelle treningsmengde og erfaringsgrunnlag. Det gir også et bilde av individuell forskjell og til en viss grad egnethet i laparoskopisk teknikk.

Konklusjon. Kvotienten gir et godt mål for hvor mye trening en operatør trenger. Den kan også benyttes som instrument i krav til opplæring før operative prosedyrer på pasient. Kvotienten er ikke et absolutt mål for dyktig het i laparoskopi.

Obstetrikk

32. DIFFERENTIAL PLACENTAL GENE EXPRESSION IN SEVERE PREECLAMPSIA

Sitras V¹, Paulssen R.H², Grønaas H.S³, Leirvik J³, Vårtun Å¹, Acharya G¹

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital of North Norway and Institute of Clinical Medicine, University of Tromsø

² Laboratory of Molecular Medical Research, Institute of Clinical Medicine, University of Tromsø

³ Department of Medical Genetics, University Hospital of North Norway

Aim. To investigate global placental gene expression profile in severe preeclampsia.

Materials and Methods. Twenty-one women were randomly selected from 50 participants with uncomplicated pregnancies to match 21 with severe preeclampsia. Samples from 5 preeclamptic placentas were excluded due to poor RNA quality. A 30K Human Genome Survey Microarray v.2.0 (Applied Biosystems) was used to evaluate global gene expression profile. The series composed of 37 hybridizations in a one-channel detection system of chemiluminescence emitted by the microarrays. An empirical Bayes analysis was applied to find differentially expressed genes.

Results. A total of 18811 genes met our quality criteria. Genes with ≥ 2 -fold-change and $p \leq 0.01$ were considered differentially expressed. In preeclamptic placentas 213 genes were significantly up-regulated and 82 were down-regulated, compared to normal placentas. Leptin (40-fold), laeverin (10-fold), different isoforms of β -hCG (3- to 6-fold), endoglin (4-fold), FLT1 (3-fold) and FLT4 (2-fold) were up-regulated. PDGFD was down-regulated (2-fold). Results were validated by RT-PCR for 16 genes and by measuring maternal urinary hCG concentration. Several differentially expressed genes were associated with Alzheimer disease, angiogenesis, Notch-, TGF β - and VEGF-signalling pathways. Sixteen genes best discriminated preeclamptic from normal placentas. Comparison between early- (<34 weeks) and late-onset preeclampsia showed 168 differentially expressed genes with oxidative stress, inflammation and endothelin signalling pathways mainly involved in early-onset preeclampsia.

Conclusion. Placental gene expression is altered in severe preeclampsia and we provide a comprehensive list of the differentially expressed genes. Placental gene expression is different between early- and late-onset preeclampsia suggesting differences in pathophysiology.

Obstetrikk

33. KLINISK ANVENDELSE AV SKALP PH VED FOSTEROVERVÅKNING MED STAN

Gubberud E, Kessler J, Albrechtsen S

Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen

Bakgrunn. Fosterovervåkning med CTG og ST analyse (STAN) har i randomiserte studier resultert i en lavere frekvens av operative forløsninger og barn født med metabolsk acidose. I disse studiene ble fosterblodanalyse med måling av pH (skalp pH) brukt i 7-9% av fødslene.

Vår hypotese er at fosterovervåkning med STAN vil redusere behovet for å ta skalp pH på indikasjon intrapartal hypoksi.

Metode. Retrospektiv klinisk observasjonsstudie for tidsperioden 01.01.2004-31.12.2006. Inkludert er alle enlinge svangerskap med gestasjonsalder ≥ 36 uker som ble overvåket med STAN.

Resultater. 3236 av 14804 fødsler (22%) ble overvåket med STAN. I 159/3236 (37%) hadde en operativ forløsning. Forekomst av metabolsk acidose lå på 0.8 %.

Fosterblodanalyse ble gjennomført ved 97/3236 fødsler (2.9%). Totalt 128 prøver ble tatt, noe som tilsvarer median 1 prøve per fødsel (range 1-4). Median pH var 7.3 (range 6.89-7.48). 13/128 prøver (10%) viste en pH < 7.20. 71/128 prøver (55%) ble tatt på indikasjon patologisk CTG, herav 26 ved tilkobling av STAN.

Av 97 fødsler overvåket med STAN og skalp pH ble 64 (66%) forløst operativt.

Lav skalp pH uten signifikante endringer i foster EKG var indikasjon for forløsning ved 8 fødsler.

Konklusjon. Andel fødsler med skalp blodprøver er betydelig lavere enn i tidligere publiserte studier om STAN, mens frekvens av metabolsk acidose er sammenlignbart.

34. ABDOMINAL VENØS OG ARTERIELL REDISTRIBUSJON HOS VEKSTHEMMEDE FOSTRE

Ebbing C¹, Rasmussen S^{1,2}, Kiserud T^{1,2}

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

Bakgrunn. I fosterlivet er leverens perfusjon sentral i reguleringen av vekst; lav blodstrøm i vena umbilicalis gir en liten lever og lav fostervekst. Leveren får hoveddelen av sin blodforsyning direkte fra placenta gjennom vena umbilicalis, mens vena porta bidrar i økende grad fra 14% midt i svangerskapet til 20% i siste trimester. I tillegg får fosterleveren blod direkte til sinusoidene fra arteria hepatica. Etter fødselen virker flere mekanismer sammen for å opprettholde perfusjonen av leveren. Nye studier viser at slike mekanismer er funksjonelle også prenatalt; dvs at motstanden i arteria hepatica, lienalis og i mindre grad mesenterica superior endres i takt med vena umbilicalis blodstrøm og perfusjonstrykket i leveren. Vår hypotese var at disse kompensatoriske mekanismene er forsterket ved intrauterin veksthemming (IUGR).

Metode. Dette var en tverrsnittstudie av 31 fostre med IUGR (estimert fostervekt <5 persentilen). Alle kvinnene som deltok i studien gav skriftlig samtykke. Vi målte pulsattillets index (PI) i arteria umbilicalis, cerebri media, hepatica, lienalis og mesenterica superior med Doppler-ultralud. Vena umbilicalis blodstrøm ble beregnet ved hjelp av blodstrøms hastighet og repetert måling av indre diameter i intra-abdominal del av vena, og blodstrøms hastighet i venstre vena porta representerte tilførsel av vena umbilicalis blod til høyre leverlapp. Ductus venosus maksimal hastighet representerte den umbilico-cavale trykkgradient som driver perfusjonen av leveren. Vi brukte Z-score statistikk for å sammenlikne IUGR fostre med referanse populasjonen.

Resultater. 13 fostre hadde arteria umbilicalis PI >97,5 persentilen, og 13 viste økt distribusjon til hjernen (a.cerebri media PI Z-score<-2). IUGR fostre hadde lavere vena umbilicalis blodstrøm og distribuerte mindre til høyre leverlapp (begge p<0.0001). Arteria hepatica og lienalis hadde lavere PI (p= 0.017 og 0.025) mens arteria mesenterica superior og leverens perfusjonstrykk (umbilico-caval trykkgradient, dvs ductus venosus hastighet) var uendret i forhold til referansepopulasjonen.

Konklusjon. IUGR-fostre karakteriseres av lav blodstrøm i vena umbilicalis og redusert tilførsel til høyre leverlapp. De opprettholder umbilikalvenetrykket ved hjelp av økt portvenetilførsel fra milten, og sannsynligvis vasokonstriksjon i portvene-venuler, noe som støttes av funnet av en distendert arteria hepatica. Slik adaptasjon forventes å sette permanente spor i leverfunksjonen.

Obstetrik

35. CLASSIFICATION OF INTRAUTERINE FETAL DEATHS (IUFD) IN THE OSLO-AREA, NORWAY, 1990 – 2003

Helgadóttir LB¹, Skjeldestad FE³, Flem Jacobsen A¹, Turowski G², Roald B², Frøen F⁴, Sandset PM⁵, Jacobsen EM⁵

¹ Dep. of Obstetrics, Ullevål University Hospital, Oslo, Norway,

² Dep. of Pathology, Ullevål University Hospital, Oslo, Norway,

³ Dep. of Epidemiology, SINTEF, Trondheim, Norway,

⁴ Div. of Epidemiology, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway,

⁵ Dep. of Haematology, Ullevål University Hospital, Oslo, Norway

Introduction. Few studies report epidemiology of stillbirth in Norway. Several international reports have shown that risk factors differ by etiology. Therefore it is necessary to investigate risk factors according to the cause of death. Different definitions of stillbirth, different routines in investigating and different methods of classifying stillbirths have made it difficult to compare results on issues related to stillbirth across studies. An international group of investigators has developed a practical and thorough classification system for perinatal deaths – Causes of Death and Associated Conditions (CODAC). CODAC is designed to retain information on the main cause of death as well as two associated conditions. International use would ease the comparison of incidence, causes and risk factors for stillbirth.

Objectives. To investigate the incidence of stillbirth and to classify cause of death.

Methods. Retrospective study of women diagnosed with IUFD, according to the WHO criteria, from January 1st 1990 through December 31st 2003, at the 2 largest delivery wards in the Oslo-area. The women were identified from the Norwegian Patient Register by selected ICD-9/ICD-10 codes. Information in medical records was transferred to a standardized case-report-form. Available placental tissue was reviewed with focus on maturation, ischemia, vascular pathology and inflammation. A primary cause of foetal death and up to two associated conditions were assigned according to CODAC.

Results. We will present data on the incidence of IUFD in the Oslo-area, Norway, and causes of death according to the CODAC classification system.

Obstetrik

36. SKULDERDYSTOSI; RISIKOFAKTORER OG GJENTAGELSESRISIKO

Øverland E¹, Spydslaug A², Nielsen CS³, Eskild A^{1,3}

¹ Kvinneklivnikken, Akershus Universitetssykehus, Lørenskog,

² Kvinneklivnikken, Ullevål Universitetssykehus, Oslo,

³ Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo.

Bakgrunn. Skulderdystosi er en sjelden, men dramatisk obstetrisk situasjon med potensielt alvorlige maternelle og føtale komplikasjoner. Kunnskap om risikofaktorer er nødvendig for å unngå situasjonen og for å gi råd til den fødende om forløsningsmetode.

Tidligere skulderdystosi er antatt å være en risikofaktor for å oppleve denne alvorlige tilstanden også i neste svangerskap.

Hensikten med vår studie var å studere om skulderdystosi i første forløsning økte risikoen for skulderdystosi i andre forløsning.

Metode. Vår studie baserer seg på data fra Medisinsk fødselsregister. Vi inkluderte samtlige kvinner i Norge med to påfølgende (første og andre) vaginale fødsler med ett barn i hodeleie i perioden 1967-2005, totalt 597 144 kvinner.

Resultat. Insidensen av skulderdystosi ved første fødsel var 0.5%. For andregangsfødende var insidensen 0.8%. Hos kvinner som hadde opplevd skulderdystosi ved første fødsel, var gjentagelsesrisikoen 7.3%. Imidlertid forekom hele 96.2% av alle skulderdystosier ved andre forløsning hos kvinner som ikke hadde opplevd dette tidligere. Barnets fødselsvekt var den absolutt mest betydningsfulle risikofaktoren for skulderdystosi i andre forløsning, justert oddsratio 245.7 (95% KI; 199.1-303.3) hvis vi sammenligner svært høy fødselsvekt

(>5 000gram) med barn som veide 3 000 -3 499 gram. Hvis man fødte et barn med lav eller normal fødselsvekt (<4 000 gram) var risikoen for å oppleve skulderdystosi i andre svangerskap lav uavhengig om man hadde opplevd en tidligere skulderdystosi eller ikke (1,7% hvis man hadde opplevd en skulderdystosi tidligere og 0,2% hvis man ikke hadde opplevd skulderdystosi tidligere). Imidlertid økte gjentagelsesrisikoen dramatisk hvis man fikk et stort barn. Risikoen er nær 30% hvis man fødte et barn som veide mer 5 000 gram.

Konklusjon. Tidligere skulderdystosi øker risikoen for å oppleve skulderdystosi på nytt. Imidlertid er det fødselsvekten som er den altoverskyggende risikofaktoren for å oppleve en skulderdystosi. Å føde et stort barn gir en betydelig økt risiko for skulderdystosi uavhengig om kvinnen har opplevd dette tidligere.

Hos en kvinne som har opplevd en tidligere skulderdystosi og som i neste svangerskap bærer på et barn med en antatt vekt over 4 500 gram, kan planlagt keisersnitt være en fornuftig forløsningsmetode.

37. BISTANDSPROSJEKT: ERFARINGER SOM FØDELSLEGE I MALAWI

Skrøppa S

Kvinneklivnikken, Ullevål Universitetssykehus, Oslo.

Bakgrunn. Malawi har en av verdens høyeste mødre- og barnedødelighet med en maternell mortalitetsratio på 1100/100 000 levende fødte (WHO 2005). Denne har steget de siste årene til tross for betydelig internasjonal bistand. Sett fra norsk medisinsk ståsted er det uakseptable forhold for de gravide og fødende. Utfordringene er skrikende mangel på personell og utilstrekkelig tilgang til utstyr, instrumenter og medisiner. Det finnes 14 gynekologer i hele Malawi som har en populasjon på nesten 13 millioner.

Metode. Det er startet et samarbeidsprosjekt mellom tre universitetssykehus i Norge; Haukeland Universitetssykehus, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Ullevål Universitetssykehus, de lokale helsemyndighetene i Malawi og det lokale sykehuset i hovedstaden Lilongwe for å bedre fødselshjelpen i landet. Programmet, som er finansiert av Den Norske Ambassaden i Lilongwe, plikter føde- og gynekologjavidelingene ved disse tre sykehusene å bemanne Bwaila/Kamuzu Central Hospital med en LIS og en jordmor til å tjenestegjøre i en stafett på 6 måneders perioder, dette over en periode på minst 3 år. Trening og opplæring av alle typer helsepersonell vil spille en stor rolle i dette samarbeidet. Det bygges nå to nye føde- og gynekologjavidelinger hvor de samme sykehusene spiller en aktiv rolle.

Resultater. Man vil forsøke å bedre mødre- og barnedødeligheten ved å sende ned kvalifisert helsepersonell fra Norge over en langtidsperiode. Helsepersonalet vil jobbe på det lokale sykehuset sammen med de lokale på de lokales premisser. Dette vil føre til både moralsk støtte og "hands-on"-trening, samtidig som man vil bygge opp gjensidig respekt for hverandres kultur. To nye føde- og gynekologjavidelinger er under bygging og vil heve standarden for de fødende og for personalet, som man er desperate etter å beholde.

Konklusjon. Tre universitetssykehus i Norge har startet et samarbeid med det lokale helsesystemet i Malawi for å bedre mødre- og barnedødeligheten, og ikke ved å erstatte det.

C Cervarix «GlaxoSmithKline»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M02

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 16 L1-protein 20 µg, humant papillomavirus type 18 L1-protein 20 µg, natriumklorid, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, AS04 adjuvans som inneholder 3-O-desacyl-4-monofosforyl lipid A (MPL) 50 µg adsorbent til aluminiumhydroksid, hydrert tilsv. 0,5 mg Al3+, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Vaksinerer skal forhindre høygradig cervical intraepitelial neoplasia (CIN 2/3) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med humant papillomavirus av typene 16 og 18. Indikasjonen er basert på påvist effekt etter vaksinasjon av kvinner i alderen 15-25 år og påvist immunogenisitet hos unge jenter og kvinner i aldersgruppen 10-25 år. Skal brukes i overensstemmelse med offentlige anbefalinger.

Dosering: Primæraksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 1 og 6. Behovet for boosterdose er ikke avklart. Det anbefales at personer som får første dose med Cervarix fullfører hele vaksinasjonsskjemaet på 3 doser med samme vaksine. Gis i.m. i deltoid-regionen. Må ikke injiseres i.v. eller intradermalt. S.c. administrering er ikke undersøkt. **Jenter <10 år:** Anbefales ikke da sikkerhets- og immunogenisitetsdata ikke foreligger.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Vaksinerer bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. En lett infeksjon som en forkjølelse, er ikke en kontraindikasjon for vaksinasjon.

Forsiktighetsregler: Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være lett tilgjengelig i tilfelle det oppstår en sjelden anafylaktisk reaksjon. Vaksinen bør gis med forsiktighet ved trombo-cytopeni eller blødningsforstyrrelser, da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon. Vaksinerer er ikke en erstatning for regelmessig screening-undersøkelse av livmorhalsen, eller erstatning for å ta nødvendige forholdsregler mot eksponering av HPV og andre seksuelt overførbare sykdommer. Det er mulig at ikke alle vaksinerte oppnår en beskyttende immunrespons.

Det er ikke vist at vaksinen har en terapeutisk effekt og den er derfor ikke indisert til behandling av livmorhalskreft, cervical intraepitelial neoplasia (CIN) eller andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Det foreligger ikke data om bruk hos personer med svekket immunrespons (HIV-infeksjon eller ved immunosuppressiv behandling) som kan ha en redusert respons på vaksinen. Varigheten av beskyttelse er ikke endelig avklart, men beskyttelse og fortsatt høye titernivåer er vist opptil 5,5 år etter fullført primæraksinasjon på 3 doser.

Interaksjoner: Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å ha noen innvirkning på effekten av vaksinen. Immunosuppressiv behandling kan føre til redusert immunrespons. Det foreligger ikke data på samtidig administrering med andre vaksiner.

Graviditet/Amning: *Overgang i placenta:* Begrensede data indikerer ingen skadelige effekter, men det anbefales å utsette vaksinerer etter endt svangerskap. *Overgang i morsmelk:* Skal bare brukes ved amming når mulige fordeler oppveier mulige risikoer.

Bivirkninger: *Hyppige (>1/100):* Gastrointestinale: GI-symptomer inkl. kvalme, oppkast, diaré, mavesmerter. Hud: Kløe/pruritus, utslett, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, artralgi. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet, inkl. smerte, rødhet og hevelse, utmattelse, feber. *Mindre hyppige:* Luftveier: Øvre luftveisinfeksjoner. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet som indurasjon, lokal parestesi.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-infeksiøs rekombinant vaksine fremstilt av høyrensende viruslignende partikler (VLP), som består av hovedkapsidprotein L1 fra de onkogene HPV-typene 16 og 18. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan derfor ikke infisere celler, reproduseres eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* Effekten skyldes trolig hovedsakelig, utvikling av humoral immunrespons. Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Det er vist 100 % effekt mot 12-måneders vedvarende infeksjon forårsaket av HPV16/18 blant kvinner i alderen 15-25 år som i utgangspunktet var naive mot onkogene HPV-typer. Det er vist 90,4 % effekt mot CIN2+ blant kvinner naive mot HPV 16 og/eller HPV 18 etter 15 måneders oppføl-

gningstid (effekten er imidlertid 100 % dersom en ekskluderer lesjoner hvor HPV 16 og HPV 18 ikke er den direkte årsak). 1 måned etter 3. dose har 99,9 % av de som i utgangspunktet er seronegative, antistofftiter mot både HPV 16 og HPV 18. Antistoffresponsen i aldersgruppen 15-25 år holder seg på et forhøyet nivå gjennom hele oppfølgingsperioden på 64 måneder etter 1. dose, og er ved endt oppfølgingsstid minst 11 ganger høyere enn etter naturlig infeksjon. Kvinner i alderen 26-55 år oppnår titernivåer som er lavere enn i aldersgruppen 15-25 år. Antistoffnivået holder seg imidlertid på et nivå betydelig høyere enn etter naturlig infeksjon gjennom hele oppfølgingsperioden på 18 måneder. Jenter i alderen 10-14 år oppnår titernivåer som er minst dobbelt så høye som hos kvinner i aldersgruppen 15-25 år. På bakgrunn av disse immunogenisitetsdata kan en anta at vaksinen også har effekt i alderen 10-14 år.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys.

Andre opplysninger: Ved lagring kan et hvitt bunnfall og en klar supernatant observeres i den ferdigfylte sprøyten. Før vaksinen gis, må innholdet i sprøyten undersøkes visuelt for ev. fremmede partikler og/eller fysikalske forandringer. Dersom slike forandringer oppdages skal vaksinen destrueres. Skal ikke blandes med andre legemidler. Vaksinen bør ristes godt før bruk for å oppnå en homogen suspensjon. Ikke anvendt vaksine samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav.

Pakninger og priser: Ferdigfylt sprøyte med kanyler: 0,5 ml kr 1259,40. 10 x 0,5 ml kr 12 285,10.

Referanse: 1. Gynecologic Oncology (2008); 109; 158-159).



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.
Tlf.: 22 70 20 00. Faks: 22 70 20 05. www.gsk.no

NFOG newsletter

Dear Nordic Colleges

The first NFOG meeting in Iceland took place in 1976, the next meeting was in 1992, and the 36th congress of the Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology took place in Iceland June 14-17 2008. As said at the gala dinner by Per Bergsjö, it has always been a lot of fun !

Almost 900 participants from 30 countries enjoyed an excellent scientific and social program and warm Icelandic hospitality. One third of the 37 members of the Icelandic society belonged to the local organizing committee, and practically all members of FIK participated the NFOG 2008 congress. In fact, all Nordic societies had good representation, the Danes being at the top. One third of the active members of the Danish Society were participating the meeting !

The local organizing committee chaired by Thora Steingrimsdottir carried the heaviest burden of organizing the meeting. They were helped by many NFOG members especially by the NFOG Scientific Committee chaired by Lars-Åke Mattsson. The scientific program included interesting, carefully prepared invited lectures as well as free communications, and a number of well designed posters. The abstracts of the meeting are available at the NFOG homepage, www.nfog.org.

The opening lecture "Addressing barriers to access to sexual and reproductive health care" was given by the FIGO president Dorothy Shaw. She was impressed both by the activities of NFOG and the beautiful Icelandic landscapes and hospitality. The scientific program included a wide range of topics from the NFOG symposium entitled "Women's health in global perspective" to a whole day program on "Skills training, simulation and assessment". These titles and other topics of the program reflect the needs and interests of the NFOG members as well as colleges in other parts of the world. Two member countries of NFOG have recently joined the FIGO twinning projects to help colleges and midwives in establishing structured activities in the twinning countries. Sweden is collaborating with Pakistan and Denmark with Nigeria.

The skills training sessions demonstrated clearly the benefits of using simulation in obstetric and surgical training.

The scientific committee had the difficult task of choosing the NFOG Young Scientist Award winner as well as the winners of the 3 best oral, and 3 best poster presentations. (Please see the NFOG homepage). In addition, the committee had chosen one recently published academic thesis from each Nordic country for the session entitled "Presentation of theses". The majority of all recently published theses on obstetrics and gynecology in the Nordic countries can be found at the Thesis Registry at NFOG homepage. The Acta prize for the best quoted paper in 2007 was given by Reynir Geirsson, the chief editor of Acta to Minna Tikkanen, Finland. The award, the prizes and other support are given to appreciate and stimulate good scientific work conducted by the NFOG members. Congratulations to the winners!

In addition to biannual congresses NFOG currently provides the members new ways to meet and collaborate with the colleges in the Nordic countries. The NFOG Visitor program was established in 2003 and since that 27 colleges have visited a clinic in a neighbour country. This program has now been expanded to include also scientific collaborative visits. The dead line for Collaborative Research Visits is Sep 30th. Besides this program NFOG has possibilities to support collaborative Nordic projects and meetings. So, if you have ideas for Nordic collaboration you can send an application to the NFOG secretary general Ragnheidur Bjarnadottir (lagholt@simnet.is) or to the chairman of the scientific committee Lars-Åke Mattsson (lars-ake.mattsson@vregion.se), or contact any of the members of the NFOG board.

I want to thank everybody, who contributed to the success of the NFOG 2008 meeting - the organizers, the speakers, and the participants ! The work on NFOG 2010 congress in Copenhagen has started, and we all can look forward to the next successful NFOG meeting! Mean while, visit www.nfog.org to look at the congress abstracts and to get information on different activities and possibilities, which NFOG provides to its members

NFOG awards

Young Scientist Award

Anja Pinborg, Denmark

Prize Winners

Oral Communication

PD3 Ida Kirkegaard et al

Improved performance of first trimester screening for trisomy 21 with the double test taken before a gestational age of 10 weeks.

FS6 Jorg Kessler

Clinical experience with CTG and ST analysis of the fetal electrocardiogram – low cord metabolic acidosis rate at a tertiary care centre.

QF3 Lene Unmach Larsen et al

Systolic myocardial velocity alterations in the growth retarded fetus.

Posters

P38 Nanneli Pallasmaa et al

Cesarean section and maternal complications

P71 Ingela Lindh et al

A longitudinal study of contraception in the same women born in 1962, followed over at quarter of a century.

P96 Anniina Färkkilä et al

Vascular endothelial growth factor in granulosa cell tumors

CONGRATULATIONS !



Seija Grénman, Dorothy Shaw and Thora Steingrimsdottir

With summer greetings

Seija Grénman

Chairman, NFOG

Department of Obstetrics and Gynecology

Turku University Hospital, Finland

Jubileumssymposium NUGG 10 år

Bodø 3. september 2008

11.00-11.20	Hvorfor NUGG og NUGGdatabasen	Sigurd Kulseng-Hanssen
11.20-11.40	Når er det indikasjon for invasive urodynamiske undersøkelser?	Kari Western
11.40-12.00	Hva vet vi om inkontinensmekanismer? Kaffepause	Ellen Borstad
12.20-12.40	10 års erfaring med TVT	Sigurd Kulseng-Hanssen
12.40-13.00	Nye slyngetyper. Er det et fremskritt? Lunsj	Rune Svenningsen
14.00-14.20	Komplikasjoner etter kunststoffslynger.	Hjalmar Schiøtz
14.20-14.40	Periurethral injeksjonsbehandling. Hvilken plass i inkontinensbehandlingen	Jan Maltau
14.40-15.00	Botox behandling av idiopatisk overaktiv detrusor Kaffepause	Kristin Sollid
15.20-15.40	Stamcellebehandling. Er det fremtiden?	Annetine Staff
15.40-16.00	Vitenskapelige, juridiske og etiske aspekter ved innføring av nye operasjonsteknikker	Astrid Rygh
16.00-17.00	Frie innlegg a 7 minutter med påfølgende 3 minutters diskusjon. Meld ønske om innlegg til Ellen Borstad. Paneldebatt	

Kurs i fosterovervåkning

Bodø 3. september 2008

11.30-12.00	Registrering/kaffe	
12.00	Velkommen/praktiske opplysninger ved Solhild Stridsklev	
12.10	Grunnleggende fosterfysiologi. Indikasjoner for CTG og STAN	Branka M.Yli
13.40	Kaffe	
14.00	CTG fysiologi og tolking	Branka M.Yli
15.30	Kaffe/snack	
16.00	Foster EKG fysiologi	Branka M.Yli
16.45	Kaffe	
17.00	Foster EKG tolking	Branka M.Yli
17.45	Gruppearbeid - Vurdering av CTG/STAN	Branka M.Yli og Torunn Eikeland
18.15	Diskusjon	
19.15	Slutt	
20.00	Felles middag arrangert av kurskomiteen. Deltagerne betaler selv.	

Inkontinenssenteret Universitetssykehuset i Nord - Norge

Kurs: Primærbehandling av obstetriske sfinkterskader 7. oktober 2008
Sted: UNN, Klinikrom A

- 09:00 - 09:15 Registrering
 09:15 - 09:40 Innsidens av sfinkterrupturer nasjonalt og internasjonalt *Pål Øian*
 09:40 - 10:05 Faktorer som påvirker rupturraten. Kan sfinkterrupturer forebygges? *Pål Øian*
 10:05 - 10:35 Primærbehandling: resultat og faktorer av betydning *Stig Norderval*
 10:35 - 11:00 Klassifisering av inkontinens *Barthold Vonen*
 11:00 - 11:30 Suturteknikk ved obstetriske sfinkter - skader *Stig Norderval*
 11:30 - 11:40 Primærsutur - film
 11:40 - 12:00 Oppfølging og kontroll av sfinkterskader *Barthold Vonen*
 12:00 - 12:45 Lunch
 12:45 - 15:00 Praktisk øvelse: Suturteknikk på svinepreparat og fantomer
 15:00 - 16:00 Evaluering og kursprøve

Læringsmål: Kjennskap til resultater etter konvensjonell og anatomisk reparasjon av obstetriske sfinkterskader. Opplæring i anatomisk rekonstruksjon av sfinkterapparatet
 Målgruppe: Leger under utdanning i gynekologi og obstetrik, generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi. Pris: 1400,-
 Påmelding: inkontinenssenteret@unn.no eller mona.stedenfeldt@unn.no
 Kurset er godkjent tellende fra den Norske Lægeforening.

Inkontinenssenteret Universitetssykehuset i Nord - Norge

Seminar 18. november 2008

**Inkontinens og seksualitet. Konservativ og kirurgisk behandling av urininkontinens.
 Menn og urininkontinens. Konservativ behandling av analinkontinens.**

- 09:30 - 10:15 Seksualitet og Inkontinens. Hvordan tilnærmer man seg temaet som helsepersonell
 Fysioterapi, Uroterapeut og Sexolog, Birthe Bonde, Gynobs - Klinikken,, Danmark.
 10:15 - 11:00 Nurse - led services for patients with faecal incontinence and constipation at St. Marks Hospital
 Professor Christine Norton, Phd, MA, RN Kings Collage London, St. Marks Hospital, London.
 11:00 - 11:45 The evidence base for clinical management of faecal incontinence
 Professor Christine Norton, Phd, MA, RN, Kings Collage London, St. Marks Hospital, London.
 11:45 - 12:30 Lunch
 12:30 - 13:30 SNS (sakralnervestimulering) som behandling av urin inkontinens.
 Prof. Dr. K.D. Sievert, Stellvertretender Direktor, Klinik für Urologie Universitätsklinikum Tuebingen, Tyskland.
 13:30 - 14:15 Effekt av trening av bekkenbunnens muskler som behandling av urin inkontinens hos menn etter radical prostatectomi.
 Dr.Philos, Fysioterapeut Siv Mørkved, Institutt for sosialmedisin, NTNU
 14:15 - 15:00 Effekt av trening av bekkenbunnens muskler som forebygging og behandling av urin inkontinens hos kvinner.
 Dr. Philos, Fysioterapeut Siv Mørkved, Institutt for sosialmedisin, NTNU
 15:00 - 15:15 Kaffe
 15:15 - 16:00 Stamcelle behandling av urininkontinens
 Margareta Verelst Dr. Med., Overlege, Kvinne Klinikken. Universitetssykehuset Nord - Norge
 16:00 - 16:45 Bruk av TVT behandling av urininkontinens
 Ingard Nilsen, Overlege, Kvinne Klinikken. Universitetssykehuset Nord - Norge
 16:45 - 17:00 Diskusjon

Hovedformålet med seminaret: å få en faglig oppdatering og debatt omkring overnevnte tema.
 Målgruppen: leger og helsepersonell som jobber med inkontinens og bekkenbunnproblemer innen fysioterapi, nevrologi, urologi, gastroenterologisk kirurgi og gynekologi.
 Seminaret: koster 800,- pr pers og inkluderer lunch.. Deltagerne må selv dekke reise og evt. opphold.
 Påmelding: inkontinenssenteret@unn.no, eller på telefon 77 66 91 44

Good Urodynamic Practice - an ICS-certified course in urodynamic evaluation of female patients

Copenhagen, 6-7 November 2008

Since 2002 our department of obstetrics and gynecology, at Glostrup Hospital, Copenhagen, has conducted popular courses in urodynamics 1-2 times per year. We are the only centre in Scandinavia to be certified by the International Continence Society (ICS) to hold such courses. This course will be held in English. This course is targeted at urologists, gynecologists, nurses, continence therapists and other professionals who use urodynamic evaluations in their daily practice, and multi-professional interaction is encouraged.

The program is consistent with the ICS recommended curriculum. Certificates will be issued to participants. Hands-on training in our urodynamic lab is available on request. Prominent speakers from the Nordic countries have been invited. The course will be interactive, with workshops and case demonstrations, including discussions of participants' own cases.

Organizing committee: Prof. Gunnar Lose, DMSc, Dr. Lone Mouritsen, PhD, Dr. Søren Brostrøm, PhD, Dr. Niels Klarskov, Ms. Berit Larsen, RN

Registration fee incl. lunches and breaks is DKK 2000 = 270 EUR. The course will be held in Central Copenhagen, with very easy access by air or rail. Hotels in all price categories are within walking distance.

If you are interested in participating, please e-mail soren@brostrom.dk to receive your registration package. Please register no later than 1 October.

TENTATIVE PROGRAMME

Thursday 6 November 2008 (9h30 – 17h30)

Anatomy, normal micturition physiology, CNS control of the lower urinary tract, ICS-terminology

ICI-classification of urodynamic evaluation: non-invasive vs. invasive

Non-invasive urodynamic evaluation: - Voiding diary

- Uroflow

- Residual urine

Introduction to invasive urodynamic evaluation - Cystometry and pressure/flow voiding study

- Normal values

Standard cases:

- Normal urodynamic examination

- Stress urinary incontinence

- Urge urinary incontinence

- Mixed urinary incontinence

Pressure/flow studies

- Controversies

- How to distinguish obstruction and hypoactive detrusor

Standard cases:

- Infravesical obstruction

- Hypoactive detrusor

Urodynamic nursing:

- Practical set-up of the urodynamic lab

- Slide-show: urodynamics step-by-step

- Protecting patient integrity

Workshop:

- Equipment demonstration

- Catheters & transducers

- Balancing & calibration

- Safety

Workshop:

- Errors & artefacts

Plenary discussion: Participant's cases

Friday 7 November 2008 (8h30 – 14h00)

Evaluating urethral function

- Definitions

- Methods

- 'Low pressure urethra' discussed

- Novel techniques

Imaging the lower urinary tract

Neurogenic lower urinary tract dysfunction

- Symptoms & findings

- EMG, ice-water test, carbachol test

Ambulatory urodynamics

Standard cases:

- Neurogenic bladder

- Detrusor-sphincter dyssynergy

- ISD

- Low compliance

"Pro et contra"

- The clinical applicability of urodynamic tests

Workshop: Bekkenbunnskirugi; Teori og virkelighet

Tid: 9-11 desember, 2008

Sted: Kvinneklinikken, Akershus Universitetssykehus

Kursarrangør: Kvinneklinikken, Akershus Universitetssykehus

Kursleder: Overlege Pernille Schjønby Overlege Marie Ellstrøm Engh

Målgruppe: Spesialister i gynekologi og fødselshjelp. Utdanningskandidater i gynekologi og fødselshjelp

Det er plass till 4 operasjonssykepleiere for hospitering ved operasjonsavdelningen og høre på forelesningene

Læringsmål: Tilegne seg kunnskaper om bekkenbunnens anatomi. Kjenne til behandlingsprinsipper for genital descens hos kvinner og delta i diskusjoner om behandlingsalternativer. Live-operasjoner.

Kurset teller 23 kurstimer i spesialist utdannelsen

Pris: 2700 NOK

Påmelding: Innen 13 oktober till kurs.oslo@legeforeningen.no .

Operasjonssykepleier tar kontakt med Ass.Avd.sykepleier Marit Gundelsby gundelsby.opr@ahus.no

Tirsdag 09.12.2008

- 9.00 Samling, Registrering og Introduksjon. Kaffe. P.Schjønby, M. Ellstrøm Engh, KK, Ahus
- 9.30 Bekkenbunnens anatomi og fysiologi. J.Gunnarson, KK, Sahlgrenska
- 10.30 Demonstrasjons operasjon. Laparoskopisk prolaps op. J-H.Stjernerdah, KK Sahlgrenska, M.Ellstrøm Engh
- 12.30 Lunsj - kantine A-hus.
- 13.00 Trender i prolapskirugi. P.Schjønby
- 13.30 Demonstrasjons operasjon. Site specific. J.Gunnarson
- 15.30 Kaffe.
- 16.00 Definisjon og objektivisering av prolaps (POP-Q). Gun Lisbet Opheim, KK, Ahus
- 16.30 Pasient kasuistikk diskusjon. Tema bakre compartment. Alle
- 17.00 Come together on the spot. Alle som har lyst

Onsdag 10.12.2008

- 9.00 Prolaps historikk. Symptomer, prevalens og risikofaktorer. G.Tegersted, KK, Søndersjukhuset
- 9.50 Spinafixasjon internasjonale og lokale resultater. M.Serrano, KK, Ahus og M.Kjøllestad, KK, SS
- 10.30 Kaffepause.
- 10.45 Demonstrasjons operasjon. Spinafixasjon. Pernille Schjønby, Runar Eraker, KK, Ahus
- 12.15 Laparoskopisk prolapsoperasjoner. M.Ellstrøm Engh, KK, Ahus
- 12.30 Lunsj - kantine Ahus.
- 13.00 Prolapsoperasjoner "ERAS and beyond". M.Ottosen, KK, Hvidovre
- 13.45 Lokale resultater. P.Schjønby
- 14.15 Demonstrasjons operasjon. Prolift. A.Urnes, KK, Ahus
- 15.15 Implantat. R.Eraker, KK, Ahus
- 16.00 Kaffe.
- 16.30 Kasuistikk diskusjon, tema vaginal toppsprolaps. Alle
- 19.00 Frydefullt restaurant besøk. Alle som har lyst

Torsdag 11.12.2008

- 8.30 Cystoceler laterale/mediale. Hva skal vi gjøre? E.Dahlgren, KK, Sahlgrenska
- 9.00 Urin inkontinens og prolaps. Hvor langt er vi kommet? Ellen Borstad, KK, Ullevål
- 10.00 Recidivprolaps. E. Dahlgren
- 10.30 Kaffe.
- 11.30 Kan vi trene bort prolaps? K.Boe, Idrettshøyskolen
- 12.15 Ultralyd av bekkenbunn, ny diagnostikk, M.Majida, KK, Ahus
- 12.45 Lunsj - kantine Ahus.
- 13.15 Demonstrasjons operasjon. Vaginalt cystocele. E.Dahlgren
- 14.45 Kaffe.
- 15.15 Kasuistikk, diskusjon, tema fremre kompartment. Alle
- 15.45 Kursvurdering.
- 16.15 Slutt.

C Vagifem «Novo Nordisk»

Østrogen ATC-nr.: G03C A03
VAGINALTABLETTER 25 µg: Hver vaginaltablett inneholder: Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 25 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Degenerative og atrofiske endringer i genitalorganene som følge av østrogenmangel. Atrofisk vaginitt, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativ ved vaginale operasjoner. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset. **Dosering:** Føres dypt inn i skjeden vha. applikator. Startdose: 1 vaginaltablett daglig i 2 uker. Vedlikeholdsdose: 1 vaginaltablett 2 ganger i uken. Behandlingen kan startes når som helst. Hvis en dose glemmes, skal den tas så snart pasienten husker det. Dobbel dose bør unngås. Ved oppstart og ved behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose og korteste varighet brukes. Preparatet kan brukes av kvinner med eller uten intakt uterus. Under behandling, spesielt de første 2 ukene, kan det sees en svak absorpsjon, men da plasmaøstradiolnivåene etter de første 2 ukene vanligvis ikke overskrider postmenopausale nivåer anbefales ikke tillegg av gestagen. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboemboli (dyp venetrombose, lungeemboli). Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Nytte/risikoforholdet bør vurderes grundig minst én gang årlig, og HRT (hormonell substitusjonsterapi) bør bare fortsettes så lenge nytten oppveier risikoen. En fullstendig anamnese (inkl. familleanamnese) og en nøye generell klinisk undersøkelse (inkl. bekken og bryst) skal foretas før behandlingen initieres eller gjeninsettes. 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 i.h.t. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. Systemiske effekter kan ikke utelukkes. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekomsten tidligere og/eller forverret seg under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør pasienten overvåkes nøye: Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, tidligere eller risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, hypertensjon, lever sykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten kårkomplikasjoner, kolelithiasis, migrene eller sterk hodpine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Pga. lokal administrering og små doser, er forekomsten og alvorligheten av forholdene nevnt over mindre sannsynlige enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages i følgende situasjoner: Gulsott eller nedsatt leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk, nye antall av migrene lignende hodpine og graviditet. **Endometriehyperplasi og endometriekreft:** Kvinner med intakt uterus med unormale blødninger av ukjent etiologi eller kvinner med intakt uterus som tidligere er behandlet med østrogen alene, bør undersøkes nøye for å utelukke mulig hyperstimulering/malignitet av endometriet før oppstart av behandling. Risikoen for endometriekreft avhenger av både varighet og dose østrogen. Preparatet synes ikke å være forbundet med økt risiko for endometriehyperplasi eller uterin cancer. Østrogen substitusjonsbehandling bør ikke forskrives i mer enn 1 år uten at generell legeundersøkelse foretas, inkl. gynekologisk undersøkelse. **Brystkreft:** Systemisk østrogen terapi kan øke risikoen for brystkreft. Relativ risiko for brystkreft er større når et gestagen er tillagt enten seksuelt eller kontinuerlig og uavhengig av type gestagen. **Venøs tromboemboli:** Systemisk 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 er mer sannsynlig i det første året av behandlingen. Pasienter som tidligere har hatt VTE eller kjent trombofil 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. Behandling bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobil igjen. Slag: Det er vist økt risiko for iskemisk slag hos friske kvinner ved behandling med kontinuerlig kombinerte konjugerte østrogener og medroksyprogesteronacetat, men det er ukjent hvorvidt dette 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 ved langvarig kombinasjonsbehandling. Østrogener kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon bør derfor overvåkes nøye i de første ukene av behandlingen. Pasienter med terminal nyreinsuffisiens bør overvåkes nøye, da det må forventes at sirkulerende nivåer av de aktive stoffer vil øke. Det foreligger indikasjoner på økt risiko for mulig demens hos kvinner ved start av kontinuerlig kombinasjonsbehandling med konjugert equinoestrogen og medroksyprogesteronacetat etter fylte 65 år. **Graviditet/Amming:** Skal ikke brukes ved graviditet eller amming. **Bivirkninger:** Vanligst forekommende er utflod og vaginalt ubehag. Østrogenrelaterte bivirkninger som brystmerter, perifert ødem og postmenopausale blødninger forekommer fortrinnsvis i begynnelsen av behandlingen. **Hyppige (>1/100):** Gastrointestinale: Kvalme, mavesmerter, utspilt mave eller mavebesvær, dyspepsi, oppkast, flatulens. Neurologiske: Hodepine. Urogenitale: Genital candidiasis eller vaginitt, vaginal blødning, utflod, vaginalt ubehag. Øvrige: Brystodem eller brystforstørrelse, brystmerter eller brystømhet, perifert ødem. Svært sjeldne: Brystkreft, endometriekreft, hypersensitivitet NOS, væskeretensjon, insomnia, depresjon, forverret migrene, dyp venetrombose, diaré, urticaria, erytematøst utslett, ikke spesifikt utslett NOS, utslett med kloe, genital pruritus, endometriehyperplasi, vaginal irritasjon, vaginal smerte, vaginal sårhet, manglende effekt, vekttøkning, økt østrogennivå i blod. **Bivirkninger i forbindelse med andre østrogenbehandlinger:** Hjerteinfarkt, kongestiv hjertesykdom, galleblæresykdom, chloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura, pruritus, vaginal candidiasis, risiko for å utvikle endometriekreft, endometriehyperplasi eller økt størrelse av uterine fibroider, epilepsi, libidoforstyrrelser, forverring av astma og muligens demens. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller av overdosering er rapportert. **Behandling:** Symptomatisk. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Syntetisk 17-β-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol til lokal bruk i vagina. Vaginaltablettene er en filmdrasjert hydrofil matriske-tablett som adhereres til vaginalslimhinnen. Ved hydrering dannes en gel og det skjer en langsom frigivelse av østradiol. **Virkningsmekanisme:** Substituerer redusert østrogenproduksjon. Steroidreseptorkompleks bindes til cellenes DNA og induserer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er avhengig av østrogen. Østrogen øker antallet overflateceller og intermediære celler sammenlignet med basalceller. Østrogen opprettholder skjedens pH på ca. 4,5. Dette fremmer normal bakterieflora, hovedsakelig Lactobacillus Doderlein. **Absorpsjon:** Absorberes godt gjennom hud, slimhinner og mavetarmkanal. Ved vaginal administrering unngås «first pass»-metabolisme. Maks. nivåer etter enkelt dose er ca. 175 pmol/liter (47-51 pg/ml). Etter 14 dagers behandling detekteres bare marginal absorpsjon av 17-β-østradiol ved gjennomsnittlig nivå innenfor det postmenopausale området. Gjennomsnittlig konsentrasjon av 17-β-østradiol ved hvert målingstidspunkt lå i det normale postmenopausale området. Ingen akkumulering av estron over en 12 ukers periode med administrering. **Metabolisme:** Metaboliseres til sulfat- og glukuronidkonjugater. **Utskillelse:** Via urin.

Pakninger og priser: (pr. 06.11.2007): Empac: 15 stk. 144,70. Sist endret: 26.10.2005

Referanser: 1. Eriksen BC. Klimakteriehandboken: Rud T, Moen MH, Seeberg T, red. Det Urogenitale østrogenmangelsyndrom. Gyldendal Norsk Forlag AS 2003: 54-60. 2. Stenberg A, Heimer G, Ulmsten U et al. Prevalence of genitourinary and other climacteric symptoms in 61-year-old women. Maturitas 1996; 24: 31-6. 3. Pandit L, Ouslander JG. Postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. Am J Med Sci 1997; 314: 228-31. 4. Mettler L, Olsen, P.G. Long-term treatment of atrophic vaginitis with low-dose oestradiol vaginal tablets. Maturitas 1991; 14:23-31. 5. Dugal R, Hesla K, Sordal T, Aase K.H. Comparison of usefulness of oestradiol vaginal tablets and estril vagitories for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:293-7.

C Yasminelle

Bayer Schering Pharma AG

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A12

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver tablett inneholder: Drospirenon 3 mg, etinylostradiol (som betadecolihydrat) 0,02 mg, laktose 46 mg, hjelpestoffer.

Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioxyd (E 171). I pakningen med 28 tabletter er de hvite tablettene placebo-tabletter. **Indikasjon:** Antikonsepsjon. **Dosering:** 21 tabletter: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødnings første dag. Det skal tas 1 tablett daglig i 21 etterfølgende dager. Etter 7 tablettfrie dager startes et nytt brett. I løpet av de tablettfrie dagene inntreer vanligvis en bortfallsblødning. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. **28 tabletter:** Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødnings første dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 28 dager. Den første tablett tas fra feltet merket start på riktig ukedag. Etiketter med dagsmarkering ligger i pakningen. Deretter tas 1 tablett daglig uten opphold. De hvite tablettene på slutten av brettet er placebo og mens pasienten tar disse, kommer en menstruasjonslignende blødning (bortfallsblødning). Yasminelle 28 tabletter tas kontinuerlig. En går direkte over på neste brett uten opphold. Med dette doseringsregime oppnås full beskyttelse fra første tablett. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromal-tilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Ved eksisterende cerebrovaskulær hendelse eller med en slik hendelse i sykehistorien. Tilstedeværelse av en alvorlig eller flere risikofaktorer for arterietrombose: Diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Arvelig eller ervervet predisposisjon for vene- eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Eksisterende pankreatitt eller pankreatitt i sykehistorien når det er forbundet med alvorlig hypertriglyceridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig lever sykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Alvorlig nyreinsuffisiens eller akutt nyresvikt. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistanke om maligne tilstander i genitale organer eller brystene, hvis disse er påvirkelige av seksuallaktose. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migrene med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet overfor noen av virkestoffene eller hjelpestoffene. **Forsiktighetsregler:** Bruk av kombinasjons p-piller er assosiert med økt risiko for venøs blodpropp (VTE). Tilleggsrisikoen for VTE er høyest det første året med bruk av kombinasjons p-piller. Risikoen er mindre enn risikoen for VTE i sammenheng med graviditet. VTE er fatalt i 1-2% av tilfellene. Før behandling inntreffer, foretas en grundig medisinsk undersøkelse, inkl. familleanamnese, blodtrykkmåling og en gynekologisk undersøkelse der graviditet utelukkes. Senere kontroller av gjøres ut fra etablert praksis og tilpasset den enkelte kvinne. Risiko for venøs tromboemboli øker ved positiv familiehistorie (venøs tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), økt alder, fedme, langvarig immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i beina eller alvorlige skader. I disse tilfellene anbefales det at bruken av p-pillen avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før) og at den ikke gjenoppblas for 2 uker etter fullstendig immobilisering. Risiko for arterielle tromboembolier øker ved økt alder, migrene, røyking, dyslipoproteinemi, hypertensjon, valvulær hjertesykdom, atrieflimmer. Kvinner over 35 år rådes til ikke å røyke. Ved mistanke om eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med kårkomplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom og kronisk inflammatorisk tarm sykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigdcelleanemi. Økning i hvor ofte migreneanfall inntreffer og hvor kraftige anfalletene er (kan være prodromalstadiet for en cerebrovaskulær hendelse), som (være en grunn til å seponere preparatet umiddelbart. Hos kvinner med arvelig angiodem kan eksogene østrogener indusere eller forverre symptomene på angiodem. Tilfeller av levertumorer har forekommet. Isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. Levertumorer må vurderes i den differensielle diagnosen hvis alvorlig smerte i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning forekommer. Preparatet seponeres ved unormale leverfunksjonsprover. Noe økt risiko for brystkreft. Den økte risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Kvinner med hypertriglyceridemi eller med en familier historie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt har vært rapportert. Kvinner med chloasmatendens bør unngå eksponering for sollys og ultrafiolett stråling. Kan nedsette perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må stå under streng legkontroll. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel, eller glukose-galaktosemalabsorpsjon, og som har et laktoserikt kosthold, bør ta hensyn til laktosemengden i tablettene. Oppkast eller diaré kan føre til fullstendig absorpsjon. Hvis tablettene tas mer enn 12 timer for sent, kan dette redusere antikonsepsjonsbeskyttelsen. I slike tilfeller bør annen prevensjon anvendes i tillegg i 7 dager. For mer informasjon om forholdsregler ved glemt tablett, se pakningsvedlegg. Hvis kvinnen har glemt å ta tablett og deretter ikke har noen bortfallsblødning i den første normale tablettfrie perioden, må muligheten for graviditet vurderes. Utsettelse av menstruasjonsdagen: 21 tabletter: Nytt brett påbegynnes direkte uten opphold. 28 tabletter: Menstruasjonsdagen kan utsettes ved først å ta de lyserte tablettene og så kaste brettet ut etter å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett. **Interaksjoner:** Perorale kombinasjonspreparater kan påvirke metabolismen av bestemte andre virkestoffer. Dermed kan plasma- og vevskonsentrasjonen enten øke (f.eks. ciklosporin) eller gå ned (f.eks. lamotrigin). Hos pasienter uten nedsatt nyrefunksjon viste ikke samtidig bruk av drospirenon og ACE-hemmere eller NSAIDs noen signifikant effekt på serumkalcium. Men samtidig bruk av aldosteronantagonister eller kaliumsparende diuretika er ikke undersøkt. I slike tilfeller bør serumkalcium kontrolleres i den første behandlingsukens løp. (I: G03A A/A/B p-piller) **Graviditet/Amming:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Kan innvirke på mengden av og andre sammensetningen på morsmelk. Små mengder med antikonsepsjonsretroider og/eller metabolitter kan utskilles i morsmelk. Disse mengdene kan påvirke barnet. Bor ikke anvendes under amming. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Endokrine: Brystmerter, forstørrede bryst. Gastrointestinale: Abdominal smerte. Hud: Akne. Neurologiske: Hodepine. Psykiske: Emosjonell labilitet. Urogenitale: Dysmenoré, metroragi. Øvrige: Vekttøkning. Mindre hyppige: Endokrine: Brystneoplasia, fibrocystisk brystsykdom, galaktoré, hetetokter. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, gastroenteritt, diaré, konstipasjon, gastrointestinale lidelser. Hud: Fargendring, alopeci, pruritus, utslett, tørr hud, seboré, hudlidelser. Luftveier: Angionitt. Neurologiske: Parestesi, vertigo. Psykiske: Depresjoner, nervøsitet, søvnløshet, nedsatt libido. Sirkulatoriske: Ekstrasystoler, takykardi, lungeemboli, hypertensjon, migrene, varikøse vener. Syn: Synsforsyrrelser. Urogenitale: Ovariecykler, menstruasjonsforstyrrelser, amenoré, menoragi, vaginal candidiasis, vaginitt, utflod, vulvovaginal sykdom, vaginal tørrhet, bekkenmerter, mistenkelig Papanicolaou-utstryk, cystitt. Øvrige: Candidiasis, Herpes simplex, allergisk reaksjon, økt appetitt, nakkesmerter, smerte i ekstremiteter, muskelkramper, ødem, asteni, smerter, ekstrem tørste, økt svetting, vekttap. **Egenskaper:** Klassifisering: Østrogen-gestagen monofasisk kombinasjonspille. Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjonen og forandringer i endometriet. Absorpsjon: Maks. serumkonsentrasjon etter 1-2 timer. Absolutt biotilgjengelighet: Drospirenon: 76-85%. Etinylostradiol: Ca. 60%. Proteinbinding: Drospirenon: 95-97%. Etinylostradiol: Ca. 98,5%. Fordeling: Distribusjonsvolum: Drospirenon: Ca. 3,7 liter/kg. Etinylostradiol: 5 liter/kg. Halveringstid: Drospirenon: 31 timer. Plasmaclearance for drospirenon er 1,3-1,7 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen via urin og fæces er på ca. 40 timer. Etinylostradiol: Plasmaclearance for etinylostradiol er 5 ml/minutt/kg. Halveringstiden for metabolittutskillelsen er på rundt 1 dag. Metabolisme: Mesteparten av drospirenon omdannes i lever. Etinylostradiol omdannes fullstendig, mesteparten i tynntarmens mucosa og i leveren. Utskillelse: Drospirenon: Via urin og fæces. Etinylostradiol: Via urin og galle.

Pakninger og priser:

3 x 21 stk. kr 237,80.

3 x 28 stk. kr 229,70.

Sist endret: 05.11.2007



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Et lett valg



En lavdosert p-pille med høy preventiv sikkerhet¹

- Ingen andre kombinasjonspiller har lavere østrogendose²
- God blødningskontroll¹
- Samme pris som Yasmin²

Gestagenet drospirenon:

- Ligner naturlig progesteron³
- Motvirker væskeretensjon (antimineralkortikoid effekt)⁴
- Blokkerer androgenreseptorer, noe som reduserer talgkjertelproduksjonen (antiandrogen effekt)⁵



Yasminelle
etinylestradiol 20 µg + drospirenon 3 mg