

ÅRSMØTEUTGAVEN 2019

VELKOMMEN TIL  
**BODØ**

23. - 25. OKTOBER

**Generalforsamling** s. 12

**Program årsmøte** s. 17

**Abstract** s. 34



Norsk gynekologisk  
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

# See more in life



HM70A - HS50 - HS70A - RS85 - WS80A - RS80A - HS60 - HS40 - PT60A

## **Inter-Medical – Oslo**

Grini Næringspark 3  
1361 Østerås, Norge  
Telefon: [+47] 952 73 527  
Email: [post@inter-medical.com](mailto:post@inter-medical.com)

## **Inter-Medical – Gjøvik**

Baldersvei 3  
2816 Gjøvik, Norge  
Telefon: [+47] 406 17 940  
Epost: [nils@inter-medical.com](mailto:nils@inter-medical.com)

The Samsung logo, consisting of the word "SAMSUNG" in white, bold, sans-serif capital letters, centered within a blue oval background.

INTER-MEDICAL AS  
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

# **SAMSUNG MEDISON**



Norsk gynekologisk  
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

# Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

## Ansvarlig redaktør

Jenny Alvirovic  
Overlege, Oslo universitetssykehus  
jennyalvirovic@hotmail.com

## Redaksjonsmedlemmer

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

Johanne Kolvik Iversen  
Klinisk stipendiat UiO, overlege HUS  
johanne.iversen@gmail.com

Liva Helleland  
LiS, Haukeland universitetssykehus  
liva.helleland@gmail.com

Cecilie Fredvik Torkildsen  
Klinisk stipendiat UiB, Overlege SUS  
cecilie.torkildsen@gmail.com

## Nettredaktør

Tina Tellum  
LiS Oslo universitetssykehus  
tina.tellum@gmail.com

## Layout, annonsesalg og produksjon

Cox Oslo AS  
www.cox.no  
Kongensgate 6, 0153 Oslo

## GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

## Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2019

Nr. 4 4/11

Opplag: 1300



# INNHold

|                |   |
|----------------|---|
| REDAKTØR ..... | 5 |
| LEDER .....    | 9 |

## ÅRSMØTE 2019

|                                                |    |
|------------------------------------------------|----|
| Styret i Norsk gynekologisk forening .....     | 10 |
| Nytt fra NGF-styret .....                      | 10 |
| Generalforsamling NGF 2019 .....               | 12 |
| NGF utvalg og komiteer høst 2019 .....         | 13 |
| Velkommen til Bodø og NGFs Årsmøte 2019! ..... | 17 |
| PROGRAM NGF ÅRSMØTE .....                      | 19 |

|               |    |
|---------------|----|
| POSTERE ..... | 25 |
|---------------|----|

|                |    |
|----------------|----|
| ABSTRACT ..... | 34 |
|----------------|----|

## ÅRSRAPPORTER 2018

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Norsk gynekologisk forening .....                  | 52 |
| Norsk forum for gynekologisk onkologi .....        | 56 |
| Norsk gynekologisk endoskopi register (NGER) ..... | 58 |
| Endoskopiutvalget .....                            | 59 |
| Kvalitetsutvalget .....                            | 59 |
| NFOG vitenskapelige komite .....                   | 61 |
| FIGO .....                                         | 61 |
| EBCOG .....                                        | 62 |
| FUGO .....                                         | 65 |
| NFOG .....                                         | 66 |
| Referansegruppe for fødselsovervåking .....        | 67 |
| Spesialitetskomiteen .....                         | 68 |

## GYNEKOLOGEN UTENLANDS

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| The Palestinian Perineum and Birth Complication Study ..... | 72 |
|-------------------------------------------------------------|----|

## FUGO

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Kjære FUGO-medlemmer .....          | 78 |
| Formøte FUGO .....                  | 78 |
| BATTLE OF THE BEST 2019 .....       | 80 |
| ENTOG utveksling 2019 – Polen ..... | 82 |

|                            |    |
|----------------------------|----|
| SPECIALITETSKOMITÉEN ..... | 88 |
|----------------------------|----|

|             |    |
|-------------|----|
| EBCOG ..... | 90 |
|-------------|----|

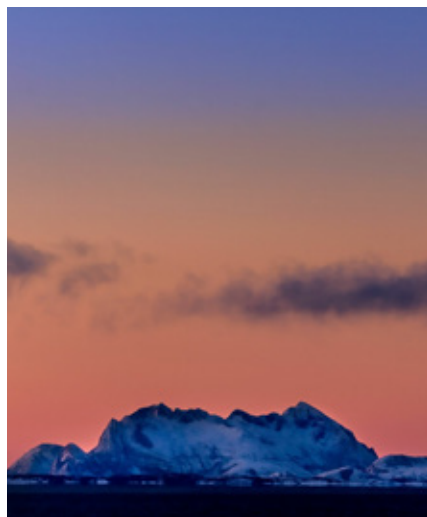
|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| UTVALGTE ABSTRACTS FRA AOGS ..... | 93 |
|-----------------------------------|----|

## 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.

Forside foto: Rune Nilsen





# Angusta®

## Den eneste godkjente orale preparatet for induksjon av fødsel

- ☀ Klar til bruk 25 µg tablett<sup>1</sup> - riktig dose for riktig behandling
- ☀ Dosering i henhold til internasjonale anbefalinger WHO<sup>2</sup> og FIGO<sup>3</sup>
- ☀ Oral induksjon foretrekkes av fødende<sup>4,5,6</sup>

## Azanta

info.no@azanta.com  
www.azanta.com

**Prostaglandin.** ATC-nr.: G02A D06 TABLETTER 25 µg; Hver tablett inneholder: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av Angusta. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp, på sykehus der utstyr for kontinuerlig overvåking av foster og uterus er tilgjengelig. Cervix skal undersøkes nøye før bruk av legemidlet. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har deleskred, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men C<sub>max</sub> kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/ bevis på at barnets liv er i fare før induksjon (f.eks. unormal non-stresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsestilstand ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arrev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. uterus bicornis) som forhindrer vaginal fødsel. Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie som forhindrer vaginal fødsel. Nyresvikt (GFR <15 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>). **Forsiktighetsregler:** Skal kun brukes dersom fødselsinduksjon er klinisk indisert. Kan føre til overdreven stimulering av uterus. Ved svært kraftige/langvarige uteruskontraksjoner eller ved klinisk bekymring for mor/barn, skal det ikke gis flere tabletter. Ved vedvarende kraftige uteruskontraksjoner, bør behandling iht. lokale retningslinjer igangsettes. Ved preeklampi bør bevis på mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved alvorlig preeklampi. Ved koriaamnionitt kan det være nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensede kliniske data finnes ved hull på fosterhinnen >48 timer før administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødsl, Bishops score >6 eller bruk før uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotonisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes før uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger, pyreksi. Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal fetal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Apgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal fetal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Nevrologiske: Svimmelhet, neonatale kramper. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Fetal acidose, prematur placentaløsning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av Angusta. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmetforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 18.07.2019. **Reseptgruppe:** C. **Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1137,10 (September 2019).

**Ref. 1:** Angusta SmPC 2: WHO recommendations for Induction of labour, 2011, ISBN 978 92 4 150115 6 3; [https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/Miso/FIGO\\_Dosage\\_Chart%20EN\\_0.pdf](https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/Miso/FIGO_Dosage_Chart%20EN_0.pdf) **4:** Dodd et al 2006. Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial. BMJ, doi:10.1136/bmj.38729.513819.63 **5:** S Mundle et al Lancet 2017;390:669-80 **6:** ten Eikelder et al Am J Perinatol 2017;34:138-146



## Kjære kollega!

Tiden flyr. Ferieavviklingen er over og vi stormer inn i høsten! NGF's styre har vært aktive gjennom sommeren og igjen nærmer det seg årsmøte. Denne gangen er det Bodø, Norges rykende ferske Europeiske Kulturhovedstad 2024, som inviterer. Abortdebatten, "kloke valg" og internasjonal kvinnehelse er bare noen av mange spennende tema. Kirsten Hald, vitenskapelig sekretær i NGF, har sammen med styret, igjen lagt ned et stort arbeide i at vi skal få et faglig innholdsrikt møte og LOK sørger for at vi også får litt tid til sosialt samvær. Årsmøtemiddagen blir mer spennende enn noen gang med finale i "battle of the best", finalistene bes holde hodet kaldt. LOK inviterer også til å kjenne på elementene i nord, for de som har meldt seg på Havørnsafari. Jeg gleder meg som alltid og håper du gjør det samme. I årsmøteutgaven av Gynekologen har vi vært så heldige å få Åse Vikanes til å skrive om "The Palestinian Perineum and Birth Complication Study" som er et imponerende prosjekt i et unikt samarbeide mellom det Palestinske helseministeriet, Universitetet i Oslo, Universitetet i Birzeit, Intervensjonssenteret ved Oslo universitetssykehus og sykehuset Croydon i London. Håper du blir inspirert og nysgjerrig

på mer. Kanskje får du lyst til å reise ut i verden for å lære mer og bidra til bedre fødselsomsorg og kvinnehelse? Tusen takk Åse!

Takk til de 89 (!) som svarte på questbacken der vi kan konkludere med at de fleste ønsket å beholde Gynekologen i dagens papir-format. Som stor fan av Gynekologen er jeg glad for at styret i NGF støtter dette. Flere ønsket debatter inn i Gynekologen.

Det er mange dagsaktuelle temaer i vårt fag. Ta tak i en het potet og kjør debatt!

Gynekologen ; et ypperlig forum! Send forslag til tema eller innlegg til [jennyalvirovic@hotmail.com](mailto:jennyalvirovic@hotmail.com)

Med Gynekologen under armen er du klar for Bodø 2019. Godt årsmøte!

*Hilsen Jenny*

# «Kjør debatt»



## Kyleena Bayer AB

Reseptgruppe C

### Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G02B A03

**INTRAUTERINT INNLEGG 19,5 mg:** Hvert intrauterint innlegg inneholder: Levonorgestrel 19,5 mg, polydimetilsiloksanellaster, kolloidal vannfri silika, polyetylen, bariumsulfat, polypropylen, kobberfalcyanin, sølv.

**Indikasjoner:** Antikonsepsjon i opptil 5 år.

**Dosering:** Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonsdag. Har effekt i opptil 5 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjonszyklusen. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Innsetting post partum bør utsettes inntil fullstendig involusjon av uterus er nådd, og tidligst 6 uker etter fødsel. Ved betydelig forsinket involusjon må det vurderes å vente opptil 12 uker post partum. Ved vanskelig innsetting og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter innsetting, skal mulig perforasjon vurderes og tiltak som fysisk undersøkelse og ultralyd igangsettes. Fysisk undersøkelse er ikke alltid tilstrekkelig for å utelukke delvis perforasjon. Skillers seg fra andre innlegg ved sølvring synlig ved ultralyd og blå uttakstråder. Inneholder bariumsulfat som er synlig ved røntgenundersøkelse. Innlegget tas ut ved å trekke forsiktig i trådene med tang. Dersom trådene ikke er synlige og ultralyd bekrefter at innlegget fortsatt er i livmorhulen, kan det tas ut med en smal tang. Dilatasjon av cervikalkanalen eller kirurgisk inngrep kan da være nødvendig. Bør tas ut senest mot slutten av det 5. året. Ved ønske om å fortsette med samme prevensjonsmetode, settes et nytt innlegg inn umiddelbart etter uttak av det forrige. For å unngå graviditet, bør innlegget tas ut i løpet av de første 7 dagene av menstruasjonen, forutsatt regelmessige menstruasjoner. Dersom innlegget fjernes på en annen tid i syklusen, eller kvinnen ikke har regelmessige menstruasjoner, og samleie har forekommet den siste uken, er det risiko for graviditet. For å sikre kontinuerlig prevensjonseffekt skal nytt innlegg settes inn umiddelbart eller alternativt prevensjon initieres. Etter at innlegget er tatt ut, bør det sjekkes at det er intakt. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ikke undersøkt. Kontraindisert ved akutt leversykdom eller levertumor. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ikke undersøkt. **Barn og ungdom:** Ikke indisert før menarke. Ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt forventes å være som hos voksne. **Eldre:** Ikke indisert til postmenopausale kvinner. **Administrering:** Innsetting anbefales utført av lege/helsepersonell med erfaring i innsetting av intrauterine innlegg og/eller som har gjennomgått opplæring i innsettingsprosedyren for Kyleena. Innlegget kan klargjøres med én hånd. Steril pakning åpnes umiddelbart før innsetting. Skal ikke steriliseres på nytt. Håndteres aseptisk. Til engangsbruk. Skal ikke brukes dersom blisteret er skadet/åpnet. Pasientkort fylles ut og gis til pasienten etter innsetting. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelser/innsetting.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitalier. Akutt cervixitt eller vaginitt. Post partum endometritt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasia inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progesterogensensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal uterin blødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer som kan påvirke innsetting og/eller uttak (dvs. dersom livmorhulen påvirkes). Akutt leversykdom eller levertumor.

**Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet etter konsultasjon med spesialist. Uttak bør vurderes dersom en av følgende tilstander foreligger eller oppstår for 1. gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markert økning i blodtrykk, alvorlig artersykdom (f.eks. slag eller myokardinfarkt), kan påvirke glukostolerasen og blodglukosenivå bør overvåkes ved diabetes. Det er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. **Undersøkelser:** Før innsetting skal det informeres om nytte/risiko ved bruk, inkl. tegn/symptomer på perforasjon og risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynekologisk og brystundersøkelse. Cervikaluttryk utføres etter behov iht. vurdering. Graviditet og seksuelt overførbare infeksjoner skal utelukkes. Genitale infeksjoner skal være ferdigbehandlet før innsetting. Livmorens plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøting. Instruksjoner for innsetting skal følges nøye. Det bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig innsettingsteknikk. Innsetting og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Ny legeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter innsetting for å sjekke trådene og riktig posisjon. Undersøkelse er deretter anbefalt 1 gang årlig, eller hyppigere dersom klinisk indisert. Skal ikke brukes som postkoitalt prevensjonsmiddel. Bruk til behandling av kraftige menstruasjonsblødninger eller som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogen er ikke anbefalt. **Ektopisk graviditet:** Total risiko er ca. 0,2 pr. 100 kvinneår. Ca. halvparten av graviditetene som oppstår under bruk blir sannsynligvis ektopiske. Før bruk bør kvinner informeres om symptomer på, og risiko for ektopisk graviditet. Ved graviditet under bruk skal muligheten for ektopisk graviditet vurderes og undersøkes. Ved tidligere ektopisk graviditet, kirurgisk inngrep i egglederne eller infeksjoner i øvre genitalier, er risiko for ektopisk graviditet økt. Mulig ektopisk graviditet bør vurderes ved smerter i nedre abdomen, spesielt ved ublekkete menstruasjoner eller dersom kvinner med amenoré får blødninger. Ektopisk graviditet kan påvirke fremtidig fertilitet, og nytte/risiko bør nøye overveies individuelt. **Effekt på menstruasjonsmønsteret:** Forventet hos de fleste, og er et resultat av direkte virkning av levonorgestrel på endometriet, og er ikke nødvendigvis forbundet med ovarieaktivitet. Uregelmessige blødninger og sporblødninger er vanlig de første behandlingsmånedene. Deretter gir sterk undertrykking av endometriet reduksjon i blødningens varighet og mengde. Sparsomme blødninger gir ofte oligomenoré og amenoré. Sjeldne blødninger og/eller amenoré ble gradvis utviklet hos hhv. ca. 26,4% og 22,6% (ved utgang 5. år). Graviditet bør utelukkes dersom menstruasjoner ikke inntreffer innen 6 uker etter siste påbegynte menstruasjoner. Graviditetstest trenger ikke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom ikke andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftigere og/eller mer uregelmessige blødninger over tid, må passende diagnostiske tiltak igangsettes, da uregelmessig blødning kan være symptom på endometriepolypper, hyperplasi eller kreft, og kraftige blødninger kan være tegn på at innlegget er utstatt uten at det er oppdaget. **Infeksjoner:** Infeksjon i øvre genitalier er sett ved bruk av alle intrauterine innlegg med hormoner/kobber. Selv om innlegg/innføringsystem er sterile, kan de pga. bakterieforsuring under innsetting føre med seg mikrober til øvre genitalier. Med Kyleena er bekkeninfeksjon sett hyppigere i begynnelsen, og dette tilsvarer raten for kobberinnlegg som er høyest i løpet av de 3 første ukene etter innsetting og deretter avtagende. Pasienten må vurderes ut ifra risikofaktorene forbundet med infeksjon i øvre genitalier (f.eks. flere seksualpartnere, seksuelt overførbare infeksjoner, tidligere bekkeninfeksjon) før bruk. Infeksjon i øvre genitalier slik som bekkeninfeksjon kan få alvorlige følger, og kan påvirke fertilitet og øke risikoen for ektopisk graviditet. Alvorlig infeksjon eller sepsis (inkl. sepsis forårsaket av streptokokkgruppe A) kan oppstå etter innsetting, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende endometritt/bekkeninfeksjon, eller hvis en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle, må innlegget tas ut. Bakteriologiske undersøkelser må utføres og oppfølging anbefales, selv ved milde infeksjonssymptomer. **Uttøsting:** Insidensen er lav og tilsvarende som for andre intrauterine innlegg med hormoner/kobber. Symptomer på delvis/fullstendig utstøting kan omfatte blødninger/smerter. Delvis/fullstendig utstøting kan forekomme uten at det merkes, og føre til redusert/manglende prevensjonseffekt. Da innlegget ofte over tid reduserer menstruasjonsblødningen, kan økt blødningsmengde være tegn på at innlegget er utstatt. Et delvis utstatt innlegg skal tas ut. Nytt innlegg kan settes inn samtidig dersom graviditet er blitt utelukket. Kvinnen bør instrueres i hvordan hun skal kontrollere trådene, og om å kontakte helsepersonell dersom hun ikke finner dem. **Perforasjon:** Perforasjon/penetrering av uterus/cervix kan skje, særlig under innsetting, selv om dette kanskje ikke oppdages før senere. Dette kan redusere effekten. Ved problemer med innsetting og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under/etter innsetting, bør passende tiltak umiddelbart igangsettes for å utelukke perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Ved perforasjon må innlegg tas ut, og kirurgi kan være nødvendig. Amming ved innsetting og innsetting <36 uker etter fødsel gir økt risiko for perforasjon. Risiko kan også være økt ved fiksert retrovertert uterus. **Uttakstråder:** Dersom trådene ikke er synlige i cervix ved oppfølgingsundersøkelse, må oppdaget utstøting og graviditet utelukkes. Trådene kan ha blitt trukket inn i uterus eller cervikalkanalen, og kan bli synlige igjen ved neste menstruasjoner. Dersom graviditet er blitt utelukket, kan trådene vanligvis lokaliseres ved forsiktig undersøkelse av cervikalkanalen med egnet instrument. Dersom de ikke kan lokaliseres, bør mulig utstøting/perforasjon vurderes. Ultralydundersøkelse kan brukes for å bekrefte posisjon. Dersom ultralydundersøkelse ikke kan utføres eller ikke er vellykket, kan røntgenundersøkelse brukes for lokalisering. **Cyster/forstørrede follikler på eggstokkene:** Pga. lokal effekt i uterus, er det vanligvis ingen endring i ovulasjon, vanlig follikkelutvikling, frigjøring av oocytter og follikkelatresi hos fertile kvinner. I blant forsinker follikkelatresien, og follikkelutviklingen kan fortsette. Disse forstørrede folliklene kan ikke skilles klinisk fra cyster på eggstokkene. Cyster på eggstokkene, inkl. hemoragiske cyster og cyster med ruptur, er rapportert. De fleste cystene er asymptotiske, men noen kan forårsake smerter i øvre genitalier eller dyspareuni. De fleste forstørrede folliklene forsvinner spontant i løpet av 2-3 måneder. Hvis ikke, kan det være nødvendig med fortsatt overvåking med ultralyd og andre diagnostiske/terapeutiske tiltak. I sjeldne tilfeller kan det være nødvendig med kirurgisk inngrep.

**Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

Forskrivningsinformasjon for samtidig brukte legemidler skal konsulteres. Legemidler som inducerer mikrosomale enzymer kan gi økt clearance av levonorgestrel. Innvirkning på prevensjonseffekten er ukjent, men er sannsynligvis ikke av stor betydning pga. lokal virkningsmekanisme. Samtidig bruk med hiv-/HVC-proteasehemmere og ikke-nukleoside revers transkriptasehemmere kan gi økte/reduerte plasmakonsentrasjoner av progestiner. Sterke og moderate CYP3A4-hemmere reduserer clearance av levonorgestrel og kan øke plasmakonsentrasjonene av progestin.

**Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Kontraindisert hos gravide. Hvis graviditet oppstår under bruk, skal ektopisk graviditet utelukkes. Innlegget bør tas ut umiddelbart, da risiko for spontanabort og prematur fødsel kan øke. Uttak eller undersøkelse av uterus kan føre til spontanabort. Ved ønske om å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør det informeres om risiko og mulige konsekvenser for barnet ved prematur fødsel. Graviditeten må følges nøye opp. Alle symptomer på komplikasjoner under graviditet må rapporteres, f.eks. krampeaktige smerter i abdomen med feber. Pga. lokal levonorgestrelkonsentrasjon, bør mulig virilisierende effekt på jentefostre tas i betraktning. Klinisk erfaring er begrenset. Kvinnen bør informeres om at det ikke er vist fosterskader ved fortsatt graviditet med innlegget på plass. For ektopisk graviditet, se Forsiktighetsregler. **Amming:** Vanligvis sees ingen skadelige effekter på spedbarnets vekst eller utvikling ved bruk 6 uker post partum. Morsmelk påvirkes ikke kvantitativt eller kvalitativt. Ca. 0,1% av levonorgestrelkonsentrasjonen går over i morsmelk. **Fertilitet:** Fremtidig fertilitet endres ikke. Etter uttak går fertiliteten tilbake til det normale. 71,2% av de som ønsket det ble gravide ≤12 måneder etter uttak.

**Bivirkninger:** **Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Smerter i abdomen/bekken. Hud: Akne/seboré. Kjønnsganer/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt/reduert menstruasjonsblødning, sporblødninger, sjeldne blødninger og amenoré, cyster på eggstokkene, vulvovaginit. Nevrologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopesi. Kjønnsganer/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystsmerte/ubehag, utstøting av innlegg (helst/delvis), utflod fra skjeden. Nevrologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Hud: Hirsutisme. Kjønnsganer/bryst: Perforasjon av uterus. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Kjønnsganer/bryst: Perforasjon av uterus. Følgende er sett ved innsetting/uttak: Smerter og/eller blødninger, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved innsetting. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partneren kan kjenne uttakstrådene ved samleie. Overfølsomhet, inkl. utslett, urticaria, angioødem, samt tilfeller av sepsis er sett ved bruk av intrauterine innlegg. Ved graviditet under bruk øker risiko for ektopisk graviditet.

- 1 Frekvens basert på studie som inkluderte kvinner som ammet ved innsetting og innsetting <36 uker etter fødsel.
- 2 Frekvens basert på studier som ekskluderte kvinner som ammet ved innsetting.

**Egenskaper: Virkningsmekanisme:** Frigjør levonorgestrel lokalt i livmoren. Beregnet gjennomsnittlig frigjøringshastighet over 5 år er 9 µg/24 timer (12,6 µg/24 timer 1. året). Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogen- og progestogenreseptorene. Endometriet blir relativt lite følsomt overfor sirkulerende østadiol, og en utalt antiproliferativ effekt sees. Morfologiske forandringer i endometriet og en svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er sett i forbindelse med bruk. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermene i å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og eggledere hemmer spermimobilitet og -funksjon og forhindrer befruktning. Risiko for graviditet ca. 0,2% 1. år, kumulativ risiko ca. 1,4% etter 5. år. **Absorpsjon:** C<sub>max</sub> innen 2 uker. **Proteinbinding:** Uspesifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som fritt steroid. **Fordeling:** Gjennomsnittlig Vd: Ca. 106 liter. **Halveringstid:** Ca. 1 dag. Total plasmaclearance ca. 1 ml/minutt/kg. **Metabolisme:** I stor grad. Viktigste metabolismevei er reduksjon, etterfulgt av konjugasjon. **Utskillelse:** Som metabolitter i feces og urin.

**Andre opplysninger:** Levonorgestrel kan utgjøre en risiko for akvatisk miljø. Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav. **MR-skanning:** Skanning etter innsetting er sikkert når følgende er oppfylt: Statisk magnetfelt på ≤3 Tesla, felt ut fra romgradient ≤36000 Gauss/cm, maks. gjennomsnittlig spesifikk absorpsjonsrate (SAR) for helkropp er 4 W/kg i «First Level Controlled»-modus ved 15 minutters kontinuerlig skanning. 15 minutters skanning med tils. livmorinnlegg ga temperaturøkning ≤1,8°C ved maks. gjennomsnittlig SAR for helkropp på 2,9 W/kg ved 3 Tesla ved bruk av en sender/mottaker-spole på kroppen. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuelt område er i samme område/i nærheten av innlegget.

**Pakninger og priser:** 1 stk. 1188,10

Sist endret: 03.10.2018

Basert på SPC godkjent av SLV: 26.10.2018

# HVIS DU SPØR MEG JEG VIL HA BESKYTTELSE MOT UØNSKET GRAVIDITET **OG LAVEST MULIG HORMONDOSE<sup>1</sup>**



**MENSTRUASJONSSYKLUS  
FORBLIR NORMAL<sup>2,3</sup>**



0,16  
1 ÅRS PEARL INDEX<sup>\*</sup>

KUN 9 µg  
LNG/24 TIMER<sup>\*\*</sup>

ØSTROGENFRI<sup>4</sup>

EGNET FOR BÅDE  
NULLIPARA OG PARA<sup>4</sup>

\* 1-års Pearl Index: 0,16 (95 % CIs 0,02-0,58). 5-års Pearl Index: 0,29 (95 % CIs 0,16-0,50). Feilprosenten var omtrent 0,2 % etter første år. Den kumulative feilprosenten var omtrent 1,4 % etter 5 år.

\*\*5 årig hormonspiral

Kyleena™ Intrauterint innlegg 19,5 mg Levonorgestrel. Indikasjon: Antikonsepsjon opptil 5 år. BIVIRKNINGER: Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ): Smerter i abdomen/øvre genitalier, akne/seboré, hodepine, blødnings-forstyrrelser inkludert økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, sjeldne blødninger og amenoré. Cyste på eggstokkene, vulvovaginit. Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $<1/10$ ): Kvalme, alopesi, infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystmerter/ ubehag, utstøting av innlegg (helt/delvis), utflod fra skjeden, migrene, nedstemthet/depresjon. KONTRAINDIKASJONER: Post partum endometritt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Før forskrivning av Kyleena, vennligst les fullstendig preparatomtale (felleskatalogen.no) for kontraindikasjoner, administrering og forsiktighetsregler.

**1.** Mansour D. International survey to assess women's attitudes regarding choice of daily versus nondaily female hormonal contraception. International Journal of women's Health 2014;6:367-75. **2.** Kyleena™ SPC avsnitt 4.4 oppdatert 10.2018. **3.** Apter D, Gemzell-Danielsson K, Hauck B, et al. Pharmacokinetics of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine systems and effects on ovulation rate and cervical function: pooled analyses of phase II and III studies. Fertil Steril 2014;101(6):1656-1662. **4.** Kyleena™ SPC avsnitt 5.1 oppdatert 10.2018.

# Tørre og såre slimhinner i underlivet?

Ovesterin  
østriol  
vaginalkrem/vagitorier



Ovesterin krem og vagitorier er et **reseptfritt legemiddel** til behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner.<sup>1</sup>

Les mer på  
[mittunderliv.no](http://mittunderliv.no)



## Utvalgt sikkerhetsinformasjon for reseptfri bruk:

Skal ikke brukes dersom pasienten har eller har hatt brystkreft, østrogenfølsom kreft, udiagnostisert underlivsblødning, ubehandlet endometriehyperplasi, arteriell eller venøs tromboembolisk sykdom, trombofil forstyrrelse, akutt leversykdom, porfyri, hypersensitivitet overfor østriol. Lege kontaktes ved manglende bedring etter 3-4 uker, underlivsblødning, samt regelmessig (minst en gang i året) for kontroll ved langvarig bruk.<sup>2,3</sup>



Aspen Nordic, Branch of Aspen Pharma Ireland Limited, Ireland, Borupvang 3, 2750 Ballerup, Danmark

F Ovesterin «Aspen Pharma Trading Ltd»

**Ovesterin (østriol). Indikasjon, reseptfri bruk:** Behandling av symptomer på vaginal atrofi på grunn av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. **Dosering:** Ved oppstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. **Urogenital atrofi:** 1 applikatordose krem/1 vagitorie 2 kvelder (maks. 4 uker), deretter gradvis reduksjon basert på symptomlindring, til vedlikeholdsdose (f.eks. 1 applikatordose krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke) nås. Ved bruk av vaginalkrem og vagitorier, der systemisk eksponering for østriol forblir nær det normale postmenopausale området ved bruk 2 ganger per uke, anbefales det ikke å bruke et progestogen i tillegg. **Administrering:** Vaginalkrem: Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden vha. kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til den røde streken) er 0,5 g vaginalkrem og inneholder østriol 0,5 mg. **Vagitorier:** Brukes ved sengetid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Kjent tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjent eller mistenkt østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert vaginalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjent trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Hormonell substitusjonsbehandling (HRT) bør kun initieres for behandling av symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas opp, og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas før behandlingsstart. Tilstander som krever oppfølging: Leiomyomer (uterine myomer), endometriose, risikofaktorer for tromboemboliske forstyrrelser, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelighet for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten vaskulære symptomer, gallesten, migræne eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, endometriehyperplasi i anamnesen, epilepsi, astma, otosklerose. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved gulsott, nedsatt leverfunksjon, signifikant blodtryksstigning, nye anfall av migrenelignende hodepine eller graviditet. Hos kvinner med intakt livmor øker risikoen for endometriehyperplasi og endometriekreft når systemisk østrogen administreres alene over lengre perioder. Endometriesikkerhet ved langtids- (> ett år) eller gjentatt bruk av lokalt administrert vaginalt østrogen er ikke kjent. Hvis behandlingen gjentas, bør den derfor evalueres minst årlig. Uavbrutt østrogenstimulering kan føre til premalign eller malign transformasjon av gjenværende foci etter endometriose. Det anbefales forsiktighet ved bruk av legemidlet hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, særlig ved kjent restendometriose. Dersom blødninger eller sporblødninger oppstår når som helst under behandlingen, bør årsaken undersøkes, og dette kan medføre endometriebiopsi for å utelukke endometriemalignitet. For å unngå stimulering av endometriet skal daglig dose ikke overstige 1 applikasjon og maks.dose skal ikke brukes lenger enn maks. 4 uker. For tilstander, der sannsynlighet for og alvorlighetsgrad antas å være betydelig lavere ved lokal behandling enn systemisk, se SPC. Tilstandene bør vurderes ved langvarig eller gjentatt bruk av legemidlet. **Interaksjoner:** Interaksjoner lite sannsynlig pga. minimal systemisk absorpsjon. Interaksjoner med andre lokalt administrerte vaginale behandlinger bør vurderes. Samtidig bruk av kombinasjonen ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, med eller uten dasabuvir, krever forsiktighet pga. fare for ALAT-økning. **Graviditet, amming og fertilitet:** Skal ikke brukes under graviditet og amming. Fertilitet: Ikke aktuelt da preparatet er indisert til postmenopausale kvinner. **Bivirkninger:** Ofte forbigående og kan være tegn på for høye doser. Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsgener/bryst: Ømhet/smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer, irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. For klasseeffekter sett ved bruk av systemisk østrogen, se SPC. **Overdosering:** Usannsynlig ved lokal administrering. **Pakninger uten resept:** Vaginalkrem 15 g og vagitorier 15 stk. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 26.08.2019.

**Referanser:** 1. Ovesterin SPC (26.08.2019), pkt. 4.1. 2. Ovesterin SPC (26.08.2019), pkt. 4.3. 3. Ovesterin PIL (26.08.2019). Meld bivirkninger på [www.legemiddelverket.no/meldeskjema](http://www.legemiddelverket.no/meldeskjema).



«Vi har vært involvert i et  
varierte spekter av saker»

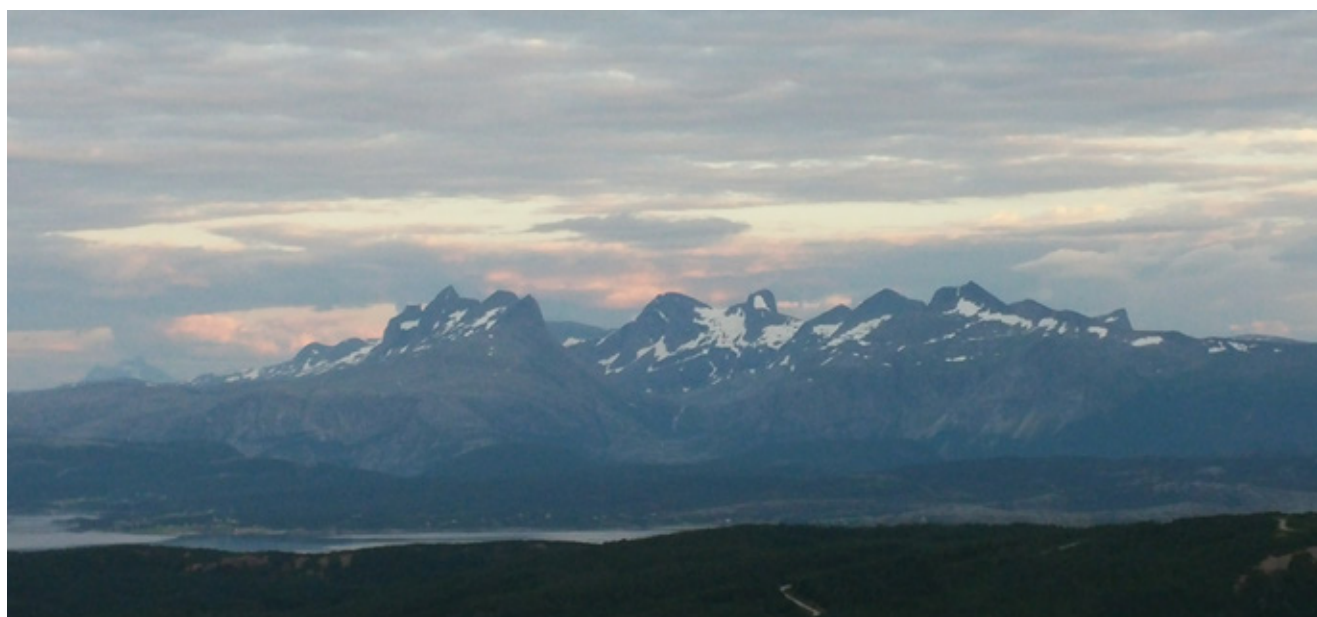
## Beste kolleger!

Det er blitt august/september og det er tid for årsberetning og planlegging av årets generalforsamling. Å skrive årsberetning for foregående år kan være krevende om man ikke har gjort sine notater underveis. Heldigvis var jeg lur nok til å sette noe på papiret da det meste fra 2018 var ferskvare. Når jeg nå prøver å sammenfatte det hele ser jeg at vi har vært involvert i et varierte spekter av saker, alt fra kikkhostevaksinering av mor til Stortingshøring om barselomsorgen. Jeg håper at styret har klart å representere fag og forening på en god måte i 2018.

2019 har for NGF så langt på mange måter stått i abortlovens tegn. Derfor har vi satt abort på programmet til årets årsmøte. Likeledes har to helseatlas for vårt fagområde blitt presentert det siste året, samtidig som foreningen takket være bidragende kolleger nå også er en del av Kloke Valg kampanjen. Derfor er også disse temaene satt på dagorden i Bodø. I tillegg ble det

siste år ytre ønske om mer internasjonal fokus i foreningen, noe som også er et tema ved årsmøtet. Associate professor Tamar Kabakian-Khasholian tar turen fra American University i Beirut for å snakke om reproduktiv og seksuell helse blant flyktninger i Libanon. Libanon er et land med flyktningeutfordringer vi skandinaver ikke kan forestille oss. Jeg sammen med styret tror dette er både et dagsaktuelt, variert og interessant program for mange av våre medlemmer. Vi håper Gynekologen tredje nummer 2019 derfor er med til Nordlands hovedstad. Selvfølgelig gleder vi oss også til å høre alle abstracts som skal presenteres. Årsmøtemiddagen byr på finale i boksen går-battle of the best, som i følge en kollega blir nerdeunderholdning på meget høyt nivå. Alt ligger til rette for nok et strålende årsmøte i NGF.

Vennlig hilsen  
nb



Børvasstinden

# Styret i Norsk gynekologisk forening

Styret består av leder, nestleder og fire styremedlemmer. Lederen velges ved eget valg og bør ha sittet i styret tidligere. Styrets øvrige medlemmer velges samtidig. Styret skal ha følgende sammensetning: Et medlem er representant for praktiserende spesialister, et medlem er ikke-spesialist i utdanningsstilling, og minst et medlem skal ha akademisk kompetanse. Det velges tre varamedlemmer, hvorav to er personlige varamedlemmer for henholdsvis styrets ikke-spesialist og for den praktiserende spesialist.

Styrets funksjonsperiode er to år fra 1.januar etter styrevalget,

og leder sitter i to eller maksimalt 4 år ved gjenvalg. Styremedlemmene velges for en periode med mulighet for gjenvalg, men maksimalt seks år.

Styret er beslutningsdyktig når minst halvparten av styrets medlemmer er til stede. Leder har ved stemmelikhet dobbeltstemme.

Redaktør for Gynekologen og Nettredaktør har møterett på styremøter.



## **Nils-Halvdan Morken.**

Leder NGF.  
Overlege Haukeland  
Universitetssjukehus og  
Professor Universitetet  
i Bergen. Interessert i  
obstetikk, reproduktiv  
epidemiologi, øl-

brygging og sykling. Stolt far til drillgardist i HMKG.



## **Stine Andreassen.**

Nestleder NGF, Phd  
og Seksjonsoverlege  
generell gynekologi,  
Nordlandssykehuset  
Bodø, Amanuensis  
II Norges Arktiske  
Universitetet.



## **Yngvild Skåtun Hannestad**

PSL/avtalespesialist.  
Doktorgrad om  
urinlekkasje, men  
generalist i praksis.

Medlem i Spesialitetskomiteen, vara PSL Hordaland, leder PSL forskningsutvalg. Ellers: aktiv innenfor basketball og er i styret i Filosofisk poliklinikk i Bergen.



## **Kirsten Hald.**

Vitenskapelig sekretær.  
Overlege PhD,  
Gynekologisk Avdeling,  
OUS. Interessert  
i hele faget; men mest  
i minimal invasiv

kirurgi, myomer og misdannelser.



## **Hans Kristian Opøien.**

Kasserer NGF.  
Overlege v/ Kvinne-  
klinikken AHUS. PhD  
i reproduksjonsmedisin/  
endometriose.



## **Anders Einum**

Sekretær NGF, styremedlem FUGO. LiS Kvinneklinikken  
St Olavs hospital, for  
tiden i utlendighet på  
kirurgen.

## Nytt fra NGF-styret

Siden forrige innlegg har det vært holdt ett styremøte i Oslo den 5. juni 2019.

Leder og kasserer orienterte det øvrige styre om deltakelsen i Stortingshøringen om abortloven den 16/5-19. Vi anser at vi fikk frem foreningens syn på en adekvat måte. I utspørringen fra komiteens medlemmer var flere spørsmål rettet til NGF.

EBCOG ville i sitt møte 7. juni diskutere og stemme over om deres kongress skulle avvikles hvert år. Dette er NGF imot, da NFOG kongressen ble flyttet nettopp for å tilpasse seg EBCOG. Møtet i EBCOG vedtok heldigvis 2 dager senere at EBCOG fortsatt skal arrangeres annet hvert år.

Elham Baghestan er oppnevnt som ny NGF representant i Faglandsrådet til Medisinsk Fødselsregister.

Store deler av styremøtet gikk med til forberedelser til årets årsmøte i Bodø.

Neste styremøte blir en lengre seanse fra 14. til 17. september og er lagt til Kroatia.

På vegne av styret i NGF  
*Nils-Halvdan Morken*



# Tørr skjede

– fremdeles en vanskelig plage å snakke om

En stor internasjonal nettbasert spørreundersøkelse gjennomført på 3520 kvinner<sup>1</sup>, viste at 1/3 av kvinner i klimakteriet synes det er vanskelig å prate med legen sin om vaginalt ubehag. I samme undersøkelse oppgav mer enn halvparten av kvinnene at legene heller ikke spurte om denne problemstillingen ved konsultasjon.

**Remisoft®** (*hamamelis virginiana*-vann)

– en hormonfri pleiende vaginalkrem til behandling av symptomer ved tørr skjede



Medisinsk utstyr klasse IIa

Den beskyttende fysiske barrieren bidrar til:

- ✓ Lindring og tilfører fukt
- ✓ Mykgjør og bevarer elastisitet
- ✓ Heling av småskader

✚ Fås på alle apotek

**Remisoft® 50 g krem** (med applikator). Reseptfri, pleiende vaginal fuktighetskrem uten hormoner. Medisinsk utstyr, klasse IIa. Til behandling av ubehag pga. tørrhet i skjede og ytre intimområder (følelse av tørrhet, brennende følelse, smerter ved samleie eller kløe). Påføres 1g/dag. Anbefales opphold i 2 dager etter 30 dagers bruk. Kun i samråd med lege ved uttalte sympt. eller ved en vaginal infeksjon. Det mangler data for bruk av Remisoft ved graviditet/ amming. Unngå bruk rett etter fødsel og ved allergi mot innholdsstoffer. Les bruksanvisningen før bruk.

Referanse: 1.R.E.Nappi & M.Kokot-Kierepa Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) Climacteric. 2012 15(1):36-44.

Sana Pharma Medical AS | Enebakkveien 117 A, 0680 Oslo | Tlf: 21 95 76 60 | E-post: [post@sanapharma.no](mailto:post@sanapharma.no) | [www.sanapharma.no](http://www.sanapharma.no)

 **SANA PHARMA**  
MEDICAL



Norsk gynekologisk  
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

# Generalforsamling NGF 2019

Saksliste NGFs Generalforsamling Bodø torsdag 24.10.19 kl 17.00-18.30

**Valg av dirigent, referent og protokollunderskrivere.**

**Minnestund**

- Årsmelding 2018
- Regnskap 2018 (Regnskapet legges på nettsiden senest 3 uker før generalforsamlingen)
- Revidert budsjett 2019
- Budsjett 2020
- Fastsettelse av ekstrakontingent
- Årsrapporter: Kvalitetsutvalget, Endoskopiutvalget, Fosterovervåkningsgruppen, Spesialitetskomiteen, NFGO, FUGO, NFOG vitenskapelig komite, EBCOG m.fl.
- **Saker fremlagt av styret:**
  - Gynekologens fremtid: Styret er bedt om å ta Gynekologens fremtid opp til vurdering mtp overgang til rent netttformat alternativt nedleggelse. Styret foreslår at Gynekologen videreføres som tidligere i papirformat
  - Styret ber om tilslutning til at forslag til veilederne sendes på høring blant medlemmene. Redaksjonskomite og hovedredaktør har beslutningsmyndighet ved uenighet.
- **Saker fremlagt av medlemmene:**
  - Ønske om at foreningen drøfter og vedtar en prinsipptekst knyttet til abort. Det foreslås at generalforsamlingen vedtar følgende tekst:  
«Norsk Gynekologisk Forening (NGF) har som oppgave å være med på å legge til rette for og å utvikle god kvinnehelse. Gynekologene er kvinnens behandler både ved ønsket og uønsket graviditet. Ved uønsket graviditet er en av våre oppgaver å sitte i abortnemder. Norske gynekologer er ikke bedre skikket til å ta avgjørelsen om abort enn kvinnen selv. NGF vil derfor arbeide for at ordningen med abortnemder avvikles»
- **Valg:**
  - Leder i NGF
  - Styre NGF
  - Desisorer
  - Årsmøtested 2022

*Bergen 03.09.19*

*Nils-Halvdan Morken*

*Leder NGF*

# Oversikt over NGF utvalg og komiteer høst 2019

## NFGO - Norsk forum for gynekologisk onkologi:

Leder: Kathrine Woie  
 Nestleder: Ane Gerda Zahl Eriksson  
 Kasserer: Martin Lindblad  
 Sekretær: Ingvild Vistad  
 Webansvarlig: Elisabeth Berge Nilssen  
 UNN: Martin Lindblad  
 vara Anne-Beate Vereide  
 St.Olav: Marit Sundset  
 vara Merethe Ravlo  
 OUS: Ane Gerda Zahl Eriksson  
 vara Torbjørn Paulsen  
 OUS: Tone Skeie Jensen  
 vara Anne Dørum  
 HUS: Kathrine Woie  
 vara Line Bjørge  
 Andre: Ingvild Vistad  
 vara Bent Fiane  
 NGF representant: Stine Andreassen

## Kvalitetsutvalget

Anne Cecilie Hallquist (leder)  
 Anne Flem Jacobsen  
 Jørg Kessler  
 Kathrine Woie  
 Heidi Frostad Sivertsen

## Spesialitetskomiteen

Marte Myhre Reigstad (leder)  
 Camilla Kleveland  
 Christine Hancke  
 Jette Stær-Jensen  
 Renate Torstensen  
 Yngvild Skaatun Hannestad  
 Kristine Heien Hanse  
 Mari Elstrand Bunkholt

## FUGO

Hilde Bastøe Sellevoll,  
 Leder, NFYOG, ENTOG  
 Anders Einum, Representant Norsk  
 Gynekologisk Forening (NGF)  
 Marianne Omtvedt, Nestleder,  
 representant Endoskopiutvalget  
 Ane Bergquist, Sekretær,  
 vara for representant i NGF  
 Mathias Sonstad, Web- og  
 Facebook-ansvarlig, ass. kursansvarlig  
 Liva Helleland, Kursansvarlig,  
 Gynekologen  
 Eirin Haugli Falch, Kasserer, vara.

## EBCOG

Knut Hordnes  
 Yngvild Skaatun Hannestad  
 Jone Trovik

## FIGO

Margit Steinholt

## Nettredaksjonen

Tina Tellum

## Endoskopiutvalget

Klaus A. Oddenes (leder)  
 Stine Andreassen  
 Guri B Majak  
 Anne Veddeng  
 Jenny Alvirovic  
 Marianne Omtvedt (FUGO)

## Referansegruppe for forsterovervåkning

Branka Yli (leder)  
 Jørg Kessler  
 Marit Martinussen

## NFOG

Espen Berner (treasurer)  
 Marit Lieng (scientific committee)

## Gynekologen

Jenny Alvirovic (redaktør)  
 Irina Eide  
 Johanne Kolvik Iversen  
 Liva Helleland  
 Cecilie Fredvik Torkildsen



Kjerringøy

# Femoston «Mylan Healthcare Norge AS»

## C Østrogen-progestogen sekvenspreparat

ATC-nr.: G03F B08

**TABLETTER, filmdrasjerte 1 mg/10 mg:** Hver pakning inneholder 14 hvite og 14 grå tabletter. Hver hvit tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 1 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). Hver grå tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 1 mg, dydrogesteron 10 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

**TABLETTER, filmdrasjerte 2 mg/10 mg:** Hver pakning inneholder 14 rødbrune og 14 gule tabletter. Hver rødbrun tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 2 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult, rødt og sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver gul tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 2 mg, dydrogesteron 10 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

**Indikasjoner:** Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >6 måneder etter siste menstruasjon. Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose, eller der disse er kontraindisert. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

**Dosering:** 1 tablett daglig uten opphold i 28 dagers sykluser (østrogenbehandling i 14 dager etterfulgt av 14 dager med østrogen-/progestogenbehandling). Ved oppstart og fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose brukes, i kortest mulig tid. **Behandlingsstart:** Bør startes med 1 mg/10 mg, dosen kan deretter justeres

avhengig av klinisk respons. Ved overgang fra annet kontinuerlig seksvensielt eller syklisk preparat, bør pågående 28 dagers behandlingssyklus fullføres før byttet. Ved overgang fra annen kontinuerlig kombinasjonsbehandling, kan byttet gjøres når som helst. **Behandlingsregime:** 1 mg/10 mg: 1 hvit tablett daglig de første 14 dagene, deretter 1 grå tablett daglig de neste 14 dagene, som anviset på kalenderpakningen. 2 mg/10 mg: 1 rødbrun tablett daglig de første 14 dagene, deretter 1 gul tablett daglig de neste 14 dagene, som anviset på kalenderpakningen. **Glemt dose:** Glemt tablett bør tas så snart som mulig innen 12 timer. Hvis det har gått >12 timer, bør behandling fortsettes med neste tablett uten å ta den glemte tableten. Sannsynligheten for gjennombrudds-/spørblødning kan øke. **Administrering:** Bør tas til samme tid hver dag. Tas med eller uten mat. Svelges hele med vann. **Egenskaper:** Klassifisering: Tofasisk kontinuerlig seksvensielt kombinasjonspreparat. Består av 17-beta-østradiol som er kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol, og progestogenet dydrogesteron i behandlingens 2. fase. **Pakninger og priser: 1 mg/10 mg:** 84 stk. (blister) kr 280,40. **2 mg/10 mg:** 84 stk. (blister) kr 280,40.

# Femostonconti «Mylan Healthcare Norge AS»

## C Østrogen-progestogen kombinasjonspreparat

ATC-nr.: G03F A14

**TABLETTER, filmdrasjerte 0,5 mg/2,5 mg:** Hver tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 0,5 mg, dydrogesteron 2,5 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult jernoksid (E 172).

**TABLETTER, filmdrasjerte 1 mg/5 mg:** Hver tablett inneh.: 17-beta-østradiol (som hemihydrat) 1 mg, dydrogesteron 5 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult og rødt jernoksid (E 172).

**Indikasjoner:** Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset. 0,5 mg/2,5 mg: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >1 år etter siste menstruasjon. 1 mg/5 mg: Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >1 år etter siste menstruasjon. Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose, eller der disse er kontraindisert.

**Dosering:** 1 tablett daglig uten opphold i 28 dagers sykluser. Ved oppstart og fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør laveste effektive dose av kortest mulig varighet benyttes. Behandlingsstart avhenger av tid siden menopause og symptomenes alvorlighetsgrad. Ved naturlig menopause bør ikke behandling startes før tidligst 1 år etter siste menstruasjon. Ved kirurgisk industert menopause kan behandling startes umiddelbart. Dosen kan justeres etter oppstart, avhengig av klinisk respons. Ved overgang fra annet kontinuerlig seksvensielt eller syklisk preparat, bør pågående 28 dagers behandlingssyklus fullføres før byttet. Ved overgang fra annen kontinuerlig kombinasjonsbehandling, kan byttet gjøres når som helst. **Glemt dose:** Glemt tablett bør tas så snart som mulig innen 12 timer. Hvis det har gått >12 timer

bør behandling fortsettes med neste tablett uten å ta den glemte tableten. Sannsynligheten for gjennombrudds-/spørblødning kan øke. **Administrering:** Bør tas til samme tid hver dag. Tas med eller uten mat. Svelges hele med vann. **Egenskaper:** Klassifisering: Kontinuerlig kombinasjonspreparat. Består av 17-beta-østradiol som er kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol og progestogenet dydrogesteron. **Egenskaper:** Klassifisering: Kontinuerlig kombinasjonspreparat. Består av 17-beta-østradiol som er kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol og progestogenet dydrogesteron. **Pakninger og priser: 0,5 mg/2,5 mg:** 84 stk. (blister) kr 356,10. **1 mg/5 mg:** 84 stk. (blister) kr 374,50.

**Felles tekst for begge produkter:**

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkt østrogenavhengige maligne svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller nåværende venøs tromboemboli (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjent trombofile sykdommer (f.eks. protein C-, protein S-, eller antitrombinmangel). Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri.

**Forsiktighetsregler:** HRT ved postmenopausale symptomer bør kun startes hvis symptomer har negativ innvirkning på livskvalitet. Grundig nytte-/risikovurdering bør foretas minst 1 gang pr. år og HRT bør kun fortsettes så lenge nytte oppveier risiko. Begrensede data om risiko ved HRT ved prematur menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan nytte-/risikobalansen være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre. **Medisinsk undersøkelse/oppfølgning:** Før HRT startes eller gjenopptas bør en komplett anamnese (inkl. familieanamnese) foretas. Medisinsk undersøkelse (inkl. underliv og bryst) bør foretas mht. anamnese, kontraindikasjoner og advarsler for bruk. Rutinemessig kontroll under behandling anbefales. Kvinnen bør opplyses i hvilke endringer i brystene som bør rapporteres til lege/sykepleier. Undersøkelser, inkl. egnert billegdiagnostikk, f.eks. mammografi, bør utføres iht. gjeldende screeningpraksis, og tilpasses den enkelte. **Tilstander som krever tilsyn:** Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller ble forverret under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør kvinnen overvåkes nøye (disse tilstandene kan komme tilbake eller forverres under behandling): Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkompplikasjoner, gallestein, migrene eller kraftig hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose, meningeom. Behandling bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant økt blodtrykk, nye anfall av migrenelignende hodepine eller graviditet. **Endometriehyperplasi og karsinom:** Ved intakt uterus økt risiko for endometriehyperplasi og karsinom (2-12 ganger) hvis østrogen gis alene over tid. Risikonivået kan være økt i minst 10 år etter seponering. Tillegg av et progestogen syklisk i minst 12 dager pr. måned/28 dagers sykklus eller kontinuerlig kombinert østrogen-progestogenbehandling hos kvinner med intakt uterus, kan redusere den økte risikoen forbundet med HRT med østrogen alene. Gjennombrudds-/spørblødning kan forekomme i løpet av de første behandlingsmånedene. Hvis dette oppstår etter en tids behandling eller vedvarer etter seponering, bør årsaken undersøkes (kan omfatte endometriebiopsi for å utelukke malignitet). **Brystkreft:** Økt risiko ved kombinert østrogen-progestogenbehandling, muligens også ved østrogen alene. Risiko avhenger av HRT-varigheten. Økt risiko vises etter ca. 3 års bruk, men normaliseres i løpet av få år etter seponering (maks. 5 år). HRT, spesielt kombinert østrogen-progestogenbehandling, øker tettheten på mammografibilder, noe som kan ha negativ innvirkning på radiologisk påvisning av brystkreft. **Ovariekreft:** Epidemiologiske funn fra en stor metanalyse antyder noe økt risiko ved bruk av HRT med østrogen alene eller østrogen-progestogen i kombinasjon. Økt risiko vises innen 5 års bruk, og avtar over tid etter seponering. Noen andre studier antyder at bruk av kombinasjons-HRT kan være forbundet med lik eller noe lavere risiko. **Venøs tromboemboli (VTE):** HRT er forbundet med høyere risiko (1,3-3 ganger) for utvikling av dyp venetrombose eller lungeemboli. Sannsynligheten er større i behandlingsår. Risikofaktorer for VTE omfatter bruk av østrogener, høy alder, omfattende kirurgi, langvarig immobilisering, overvekt (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>), graviditet/post partumperiode, systemisk lupus erythematosus og kreft. Hos postoperative pasienter bør profylaktiske tiltak vurderes for å forhindre VTE etter kirurgi. Ved forventet langvarig immobilisering etter elektiv kirurgi bør HRT seponeres midlertidig 4-6 uker før inngrepet. Behandling bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobilisert. HRT er kontraindisert ved familiær trombofil tilstand som har gitt seg utslag i trombose hos et familiemedlem, eller ved alvorlig koagulasjonsdefekt (f.eks. antitrombin-, protein S-, eller protein C-mangel eller kombinasjon av defekter). For kvinner som får antikoagulasjonsbehandling kreves grundig nytte-/risikovurdering ved bruk av HRT. Hvis VTE oppstår etter behandlingsstart, bør preparatet seponeres. Det bør rådes til umiddelbart å kontakte lege ved symptomer på tromboemboli (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselig brystsmerte, dyspné). **Koronar arteriell sykdom (CAD):** Relativ risiko for CAD øker noe ved kombinert HRT med østrogen-progestogen. Absolutt risiko for CAD ved baseline er sterkt aldersavhengig, og antall tilleggsstilfeller av CAD pga. østrogen-progestogenbruk er svært lav hos friske kvinner nær menopausen, men øker med økende alder. Iskemisk slag:

Kombinert østrogen-progestogen og østrogen alene er forbundet med opptil 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativ risiko endres ikke med alder eller tid siden menopause. Risiko for slag ved baseline er imidlertid sterkt aldersavhengig, og total risiko for slag ved HRT vil øke med alderen. **Andre tilstander:** Østrogen kan gi væskeretensjon, og kvinner med hjertesvikt eller nedsatt nyrefunksjon bør overvåkes nøye. Kvinner med preeksisterende hypertriglyseridemi bør følges nøye, da østrogenbehandling i sjeldne tilfeller har gitt økte plasmatriglyseridnivåer som har ført til pankreatitt. Østrogen øker thyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt thyreoidhormonnivå. Opptak av T<sub>3</sub>-resin reduseres, noe som reflekterer økt TBG. Konsentrasjon av fritt T<sub>4</sub> og T<sub>3</sub> er uendret. Andre bindende proteiner, som kortikoidbindende globulin (CBG) og kjønnshormonbindende globulin (SHBG), kan være økt i serum, og gi økte nivåer av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnshormoner. Konsentrasjon av frie eller biologisk aktive hormoner er uendret. Andre plasmaproteiner kan være økt (angiotensinogen-/reninsubstrat, α<sub>1</sub>-antitrypsin, ceruloplasmin). HRT forbedrer ikke kognitiv funksjon. Kvinner >65 år som har startet behandling med kontinuerlig kombinert HRT eller HRT med østrogen alene, kan ha økt risiko for demens. **Hjelpestoffer:** Inneholder laktose og bør ikke tas ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, total laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Metabolismen av østrogen og progestogen kan økes ved samtidig bruk av substanser som inducerer legemiddelmetaboliserende enzymer (spesielt CYP450), slik som anti epileptika, antiinfektiver og johannesurt (prickperikum). Ritonavir og nelfinavir er sterke hemmere, men kan også ha induserende effekt når de kombineres med steroider. Økt metabolisme av østrogen og progestogen kan gi nedsatt effekt og endringer i uterin blødningsprofil. **Graviditet, amming og fertilitet:** Skal seponeres umiddelbart hvis graviditet oppdages under behandling. **Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10):** Gastrointestinale: Abdominalsmerte. Kjønsorganer/bryst: Smerter/ømhøhet i brystene. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmarter. Nevrologiske: Hodepine. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, oppblåsthet (inkl. flatulens), oppkast. Generelle: Astenitilstander (asteni, fatigue, malaise), perifer ødem. Hud: Allergisk hudreaksjon (f.eks. utslett, urticaria, pruritus) Infeksjoner: Vaginal candidiasis. Kjønsorganer/bryst: Bekkensmerte, cervical utflod, menstruasjonsforstyrrelse (inkl. postmenopausal spørblødning, metroragi, menoragi, oligomenoré, amenoré, uregelmessig menstruasjon, dysmenoré). Nevrologiske: Migrene, svimmelhet. Psykiske: Depresjon, nervøsitet. Undersøkelser: Vektøkning. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi. Immunsystemet: Overfølsomhet. Infeksjoner: Cystittlignende symptomer Kar: Hypertensjon, perifer vaskulær sykdom, varicer, venøs tromboembolisme. Kjønsorganer/bryst: Brystforstørrelse, premenstruelt syndrom. Lever/galle: Galleblæresykdom, unormal leverfunksjon (av og til med ikterus, asteni eller malaise og abdominalsmarter). Psykiske: Libidoforstyrrelser. Svulster/cyster: Forstørrelse av uterine leiomyomer. Undersøkelser: Vektap. **Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):** Blod/lymf: Hemolytisk anemi. Hjerne: Hjerteinfarkt. Hud: Angioødem, erythema nodosum, kloasma (som kan vedvare etter seponering av legemidlet), vaskulær purpura. Kar: Hjerneslag. Muskel-skjelettsystemet: Kramper i bena. Nevrologiske: Meningeom. Øye: Intoleranse mot kontaktlinser, økt krumming av hornhinnen. **Klasseeffekter:** Andre bivirkninger sett ved østrogen-progestogenbehandling: Østrogenavhengige neoplasmer, både benigne og maligne, f.eks. endometriekreft, ovarialkreft. Økt størrelse av meningeom. Systemisk lupus erythematosus. Hypertriglyseridemi. Mulig demens, chorea, forverret epilepsi. Arteriell tromboembolisme. Pankreatitt ved preeksisterende hypertriglyseridemi. Erythema multiforme. Urininkontinens. Fibrosystisk brystsykdom, cervixerosjon. Forverret porfyri. Økt nivå av totalt thyreoidhormon. Om økning i risiko for brystkreft, endometriekreft, ovariekreft, VTE, CAD og iskemisk slag, se Forsik-tighetsregler og SPC. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Kvalme, oppkast, ømhøhet i brystene, svimmelhet, abdominalsmerter, tretthet/fatigue og bortfallsblødning kan forekomme. **Behandling:** Ikke sannsynlig at spesifik eller symptomatisk behandling er nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogener G03C og progestogener G03D på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper: Virkningsmekanisme:** Erstatte redusert østrogenproduksjon hos postmenopausale kvinner og lindrer menopausale symptomer. Østrogen forebygger tap av benmasse etter menopause eller ovariektomi. Tillegg av progestogen reduserer i stor grad østrogenindusert risiko for endometriehyperplasi hos kvinner med intakt uterus. Lindring av menopausale symptomer oppnås i løpet av få ukers behandling. **Absorpsjon:** Mikronisert østradiol absorberes raskt. Dydrogesteron absorberes raskt, T<sub>max</sub> 0,5-2 timer. **Proteinbinding:** Østradiol: Ca. 30-52% bindes til albumin, ca. 46-69% til SHBG. Dydrogesteron og metabolitten dihydrodydrogesteron (DHD): >90% bundet til plasmaproteiner. **Halveringstid:** 10-16 timer for østradiol, 5-7 timer for dydrogesteron og 14-17 timer for DHD. **Utskillelse:** Dydrogesteron: Ca. 63% via urin.



NYHET!

# Femoston® Femostonconti

østradiol/dydrogesteron

Dydrogesteron- et unikt  
og selektivt progestogen<sup>2,3</sup>

- Kombinasjonsbehandling ved symptomer på østrogenmangel<sup>3</sup>
- Flere styrker, individuell behandling<sup>1</sup>



#### Utvalgt sikkerhetsinformasjon: <sup>1</sup>

**Indikasjoner Femoston®:** Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >6 måneder etter siste menstruasjon. Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose, eller der disse er kontraindisert. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

**Indikasjoner Femostonconti:** Hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) mot symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner >1 år etter siste menstruasjon. 1 mg/5 mg: Forebygging av osteoporose hos postmenopausale kvinner med høy risiko for fremtidige brudd og som er intolerante overfor andre legemidler godkjent for forebygging av osteoporose eller der disse er kontraindisert. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er begrenset.

**Kontraindikasjoner:** Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige maligne svulster. Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller nåværende venøs tromboemboli. Kjente trombofile sykdommer. Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom. Akutt eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri.

**Forsiktighetsregler:** Før HRT startes bør en komplett anamnese foretas. Grundig nytte-/risikovurdering bør foretas 1 gang pr. år og HRT bør kun fortsettes så lenge nytte oppveier risiko. Begrensede data om risiko ved HRT ved prematur menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan nytte-risikobalansen være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre.

1. Femoston og Femostonconti SPC (28.08.2019 og 07.08.2019) avsnitt 4.1, 4.3 og 4.4

2. Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R, Huber J, et al.

Classification and pharmacology of progestins. Maturitas. 2003 Dec 10;46 Suppl 1:S7-S16

3. <https://en.wikipedia.org/wiki/Dydrogesterone>

Mylan Healthcare Norge AS

PB 194, 1371 Asker

Telefon: 66 75 33 00

infor norge@mylan.com



**Mylan**

Better Health  
for a Better World





# Velkommen til Bodø og NGFs Årsmøte 2019!

Lokal komité ved Kvinneklinikken i Bodø ser fram til å arrangere NGFs Årsmøte igjen, det er nå 11 år siden sist.

Bodø er som kjent Nordlands fylkeshovedstad og Bodøværing nummer 50 000 ble født, og behørig feiret her i 2015. Byen feiret 200 års jubileum i 2016 og ble kåret til Norges mest attraktive by samme år. En sprek 200 åring som har «fulgt med i tiden» og stadig er i utvikling.

Vi nordlendinger er kanskje vel opptatt av elementene, men det er jo ikke så rart såpass mye vær og vind som vi har! Årets arrangement skal foregå på Scandic Havet Hotell, som ligger rett ved Stormen Bibliotek og Kulturhus (Ikke langt unna ligger boligkomplekset «The Storm»).

Håper været og Bodøvinden ikke skremmer dere fra å komme nordover! Det finnes som kjent ikke dårlig vær, så ta med gode og varme klær!

«Get Toghether» vil bli arrangert på Hundholmen Brygghus som ligger et lite steinkast fra Scandic Havet Hotell. Årsmøtemiddagen vil bli på Scandic Havet og i år er det all grunn til å få med seg denne. Det vil bli flere nye innslag under middagen, deriblant finale og kåring av vinner av «Boksen går». Så da er det bare å fortsette å øve- kanskje blir DU den heldige vinner?

Tradisjonen tro regner vi med det blir et godt faglig program og flotte frie foredrag fra engasjerte og dyktige kolleger rundt om i landet. Årsmøtet er en fantastisk møteplass og vi håper vi kan bidra til å gjøre dette til en flott opplevelse for NGFs medlemmer.

## Velkommen til Bodø!

På vegne av lokal komité  
Heidi Frostad Sivertsen

## **PREMIUM** engangsspekler I en klasse for seg selv!

- Rask og enkel i bruk
- Enhåndsbetjent
- Superglatt overflate
- Kan benyttes uten gel
- God lysrefleksjon
- Sterk konstruksjon
- Uknuselig materiale
- Avrundede kanter
- Skånsom støtte av Cervix

Nå også tilgjengelig i  
Bioplast



Orchid Spec finnes i **fargekodede størrelser**: virgo, medium, wide, long. Steril eller rentromspakket.  
Varianter: med/uten røykavsug, åpen på en side, hvit eller krystallklar. Bioplast eller ABS plast.

## Gynekologisk utstyr og forbruksvarer

Kryokirurgi - Vagitørk - Endometriesamplers - Cervibrush - Hurtigtester - Skalpeller  
Endocervical Curette - Dilator - Curetter og Puncher - Stingfjerner - Sårsalver  
Undersøkelsesgel - Desinfeksjon - Benkepapir - Bandasjemateriell  
Gynekologiske oppdeknings og operasjonssett



cobagin®

Fullstendig  
Naturlig  
**Intimpleie  
Revolusjon**



Kom innom vår stand på **NGF Årsmøte 2019 i Bodø** og spør oss om vareprøver

**NYHET**

**BIO**



# PROGRAM NGF ÅRSMØTE

## Bodø: 23-25.oktober 2019

### ONSDAG 23. oktober

#### **Formøter**

15.30-17.00: **Lederforum**

Lederforum: «Hva er godt nok?» En debatt om kompetanse og subspesialisering innen gynekologi og obstetikk.

*Innledere: Marit Lieng, Avdelingsleder Gynekologisk avdeling OUS og Professor UiO og Stine Andreassen, Klinikkoverlege Kvinneklinikken Nordlandssykehuset*

17.30-19.00: **Formøter**

- Norsk Urogynekologisk gruppe
- Foreningen for utdanningskandidater i gynekologi og obstetikk (FUGO)
- Praktiserende spesialisters Landsforening
- Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)
- Norsk Gynekologisk Endoskopiutvalg
- Obstetrisk forum

20.00-23.00: **Get-together**



## Torsdag 24. oktober

- 07:00 Morgenjogg i regi av LOK. Oppmøte i resepsjonen på Scandic Havet
- 09.00-09.30 **Åpning av årsmøtet**  
Åpning ved NGF leder *Nils-Halvdan Morken*  
Velkommen til Bodø ved ordfører *Ida Marie Pinnerød*  
Kulturelt innslag
- 09.30-10.30 **Women health in complex landscape**  
*Dr. Tamar Kabakian-Khasholian, Associate Professor, Department of Health Promotion and Community Health, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut*
- 10.30-11.00 Pause/Besøk hos utstillere
- 11.00-12.00 **Frie Foredrag 1, Obstetrikk**  
**O1 Sørbye I:** Obstetric analgesia differ by maternal country of birth – a register study  
**O2 Bains S:** Hvordan opplever nylig migrerte kvinner svangerskapsomsorgen og fødselshjelpen? – preliminaire funn fra MIPREG studien  
**O3 Taraldsen S:** Fører deinfibulering før fødsel til færre keisersnitt?  
**O4 Sande A:** Predisponerende faktorer for tidlig og sen preeklampsi  
**O5 Staff A:** Revised two-stage model of preeclampsia: how does it fit with risk factors?  
**O6 Ruud S:** Blodprøvetaking ante- og postpartum ved preeklampsi – en kritisk gjennomgang av praksis ved OUS-Ullevål.
- 12.00-13.00 Lunch/Lunch symposium
- 13.00-14.30 **Internasjonal kvinnehelse/Global women's health:**  
Factors influencing variation in cesarean section rates among different hospitals in the Palestinian territories (Gaza and West Bank).  
*Mohammed Zimmo, MD, PhD, Shifa Hospital, Gaza*



Urogenital fistula - provoked by cesarean section?

*Mathias Onsrud, professor emeritus*

Why motherhood is still unsafe.

*Jos van Roosmalen, professor of International Safe Motherhood,  
Free University Amsterdam*

14.30-15.00 Pause/Besøk utstillere

15.00-16.30 **Frie foredrag 2, Gynekologi**

**G1 Nyhus, Maria Ø:** Effekt av preoperativ bekkenbunnstrening hos kvinner som opereres for urogenital descens – en randomisert kontrollert studie

**G2 Aas- Eng K:** Behandling av kvinner med dypt infiltrerende tarmendometriose – erfaringer fra discoid eksisjon og segmentreseksjon

**G3 Ringen I:** Hvordan går det med pasientene vi opererer for ovarielle endometriomer?

**G4 Thorarinsdottir S:** Bruk av fortløpende mothakesutur vs. avbrutt monofilament suturteknikk ved lukking av vaginaltoppen ved laparoskopisk total hysterektomi; en retrospektiv sammenligningsstudie mellom to sykehus i Norge.

**G5 Ellstøm M:** General exercise training six weeks postpartum did not influence pelvic floor muscle function or pelvic floor dysfunction at 12 months postpartum: a prospective cohort study.

**G6 Volløyhaug I:** Endoanal, introital og transperineal ultralydundersøkelse av analsphincter: Hvilken metode er sterkest assosiert med analinkontinens?

**G7 Mathew S:** Forekomst av anal sphincter skader og assosiasjon med anal inkontinens i en urogynekologisk populasjon

**G8 Trovik J:** Interimsanalyse i MoMaTEC2; justering av grenseverdier for hormonreseptorer

**Marianne Omtvedt:** BOKSEN GÅR!

16.30-17.00 Pause/Besøk utstillere

17.00-18.30 **Generalforsamling**

19.30-01.00 **Årsmøtemiddag**



## Fredag 25. oktober

### 09.00-10.30 **Provosert abort**

Abortregisteret. Trender over tid i Norge og internasjonalt  
*Mette Løkeland, MD, PhD, Abortregisteret, Folkehelseinstituttet*

Hva skjer i Sverige? Lovgivning, praksis og dilemmaer  
*Helena Kopp- Kalner MD, PhD, Överläkare Danderyds Sjukhus, Docent (associate professor) Karolinska Institutet*

Hvordan kan vi diskutere abort?  
*Ann Helen Fjeldstad Jusnes, biskop i Sør-Hålogaland*

### 10.30-11.00 Pause/Besøk utstillere

### 11.00-12.00 **Frie foredrag 3, Obstetikk**

**O7 Sørbye I:** Induksjon av fødsel i Norge: Resultater fra Induksjonsprosjektet 2018

**O8 Bjellmo S:** Er avvik fra retningslinjene hyppigere hos barn som dør etter setefødsel til termin, enn hos barn som ikke dør? - en audit av fødselsforløp hos kasus og kontroller.

**O9 Jacobsen HD:** Ekstremt prematur fødsel: Hvordan går det med mor og barn i aktuelt og neste svangerskap?

**O10 Sagberg:** Kan ultralyd brukes til å måle placentavolum i pågående svangerskap? En valideringstudie av ultralyd ved bruk av magnetisk resonans (MR) som gullstandard.

**O11 Løvvik:** Betydningen av svangerskapsdiabetes på komplikasjoner og utkomme i svangerskap hos kvinner med polycystisk ovarial syndrom

**O12 Eskild A:** Flere risikogravide – endringer i forekomst av risikofaktorer for uheldige svangerskapsutfall

### 12.00-13.00 Lunch/Lunch symposium

### 13.00-14.30 **Frie foredrag 4, Gynekologi**

**G9 Johansen N:** Hva er kunnskapsgrunnlaget for å gi testosteron til postmenopausale kvinner?



**G10 Værnesbranden M:** Human Papillomavirus prevalence, persistence and genotypic distribution in pregnant women in Norway and Sweden

**G11 Stauri R:** Prevensjonsanbefalinger fra helsepersonell – Hvilke holdninger har norske prevensjonsforskrivere til langtidsvirkende prevensjon (LARC)?

**G12 Underdal M:** Nedsatt lungefunksjon hos kvinner med polycystisk ovarie syndrom (PCOS)

**G13 Westvik-Johari K:** Fødselsvekt etter assistert befruktning – en nordisk søskenstudie fra Committee of Nordic Assisted Reproductive Technology and Safety (CoNARTaS)

**G14 Frøyen I:** Endringer i fødsler og provoserte aborter i Nord-Norge etter 1980

**G15 Skavlan S:** Endret prosedyre for profylaktisk antibiotika etter seksuelt overgrep – var det forsvarlig?

**G16 Ravlo M:** Erstatningskrav fra kvinner med livmorhalskreft-en nasjonal studie over 12 år

**G17 Trovik J:** Vekt (økning) er viktig! Utilstrekkelig vektøkning i hyperemesis-svangerskap er assosiert med små-for-gestasjonsalder (SGA).

EBCOC 14-16. mai 2020 i Bergen  
*Jone Trovik, Kongress president*

14.30-15.00 Pause/Besøk utstillere

15.00-16.30 **Ta gode valg/helseatlas**

Geografisk variasjon i bruk av spesialisthelsetjenester innen gynekologi og fødselshjelp

*Hanne Sigrun Byhring, Fysiker, PhD, Universitetet i Tromsø*

Legeforeningens «Ta kloke valg» kampanjen: Skråblikk på overdiagnostikk og overbehandling i gynekologi.

*Ketil Størdal, MD, PhD, Sykehuset i Østfold, Leder i Barnelegeforeningen*

NGF's kloke valg

*Heidi Frostad Sivertsen, MD, Kvinneklinikken, Nordlandssykehuset, Bodø*

16.30-16.45 **Avslutning/Prisutdeling**

VAGINALGEL 50 µg/g: 1 g inneh.: Østriol 50 µg, hjelpestoffer.

**Indikasjoner:** Lokalbehandling av vaginal tørrhet hos postmenopausale kvinner med vaginalatrofi.

**Dosering:** Én applikatordose gir en dose på 1 g vaginalgel. Behandlingsoppstart: 1 applikatordose daglig i 3 uker. Vedlikeholdsbehandling: 1 applikatordose 2 ganger i uken. Etter 12 uker bør lege vurdere om behandling skal fortsette.

**Administrering:** Føres dypt inn i vagina vha. applikator. Følg nøye bruksanvisningen i pakningsvedlegget.

**Kontraindikasjoner:** Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkt østrogenavhengig ondartet svulst (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeemboli). Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom i anamnesen (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Overfølsomhet for innholdstoffene. Porfyri.

**Forsiktighetsregler:** Til behandling av postmenopausale symptomer bør lokal østrogenbehandling kun innledes ved symptomer som reduserer livskvaliteten. For alle pasienter bør det foretas en grundig nytte-/risikovurdering minst 1 gang i året, og hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bør kun fortsette så lenge fordelene oppveier risikoen. Skal ikke kombineres med østrogenpreparater til systemisk behandling, da sikkerhet og risiko ved kombinasjonsbehandling ikke er studert. Intravaginal applikator kan gi små lokale skader, spesielt ved alvorlig vaginalatrofi. Medisinsk undersøkelse/oppfølging av behandling: Før innledning eller gjenopptagelse av østriolbehandling bør fullstendig anamnese og familieanamnese foretas. Fysisk undersøkelse, inkl. bekken- og brystundersøkelse, bør foretas. Regelmessige kontroller anbefales. Kvinnen bør gis råd angående hvilke endringer i brystene som skal rapporteres til lege eller sykepleier. Evt. vaginalinfeksjoner skal behandles før behandlingsstart. Ved gjennombrudds- eller småblødninger når som helst under behandlingen, skal årsaken undersøkes. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

**Interaksjoner:** Ingen interaksjonsstudier er utført. Da preparatet administreres lokalt i en lav dose, forventes ingen klinisk relevante interaksjoner.

**Graviditet, amming og fertilitet.** Graviditet: Ikke indisert under graviditet. Dersom graviditet inntreffer, skal behandlingen umiddelbart seponeres. Ingen kliniske data fra bruk under graviditet. Epidemiologiske data indikerer ingen teratogene eller føtotoxiske effekter. Amming: Ikke indisert ved amming.

**Bivirkninger:** Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $<1/10$ ): Hud: Pruritus. Kjønnsgener/bryst: Genital pruritus. Øvrige: Pruritus på påføringsstedet. Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $<1/100$ ): Hud: Prurigo. Infeksiøse: Candidiasis. Kjønnsgener/bryst: Bekkensmerter, genitalt utslett. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Irritasjon på påføringsstedet.

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 11.04.2017. Gelisse, VAGINALGEL: Styrke: 50 µg/g. Pakning: 30 g (tube). For aktuell utsalgspris se [www.legemiddelsok.no](http://www.legemiddelsok.no). Refusjon/Byttegruppe: -/- . Reseptgruppe C.

**Referenser:**

1. SPC Gelisse®, 04.2017, [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no)
2. Cano et al. Menopause, 2012; 19 (10): 1130-9.
3. Caruso S et al. Menopause 2016; 23 (1): 47-54.
4. Delgado et al. Climacteric 2011; 14 (1): 66.

# Ny behandling ved vaginal atrofi

**Gelisse®** (50 mikrogram østriol/g vaginalgel) er et nytt legemiddel for lokal behandling av vaginal atrofi.<sup>1</sup>

**EFFEKT**

Signifikant  
god effekt på  
symptomer og  
slimhinne<sup>1-4</sup>

**SIKKERHET**

Ubetydelig  
systempåvirkning  
takket være lav  
dose<sup>1,4</sup>

**VAGINALGEL**

Adhesiv,  
smørende og  
lindrende<sup>1</sup>

**NYTT RESEPT-  
BELAGT  
LEGEMIDDEL**

**Gelisse®**  
50 µg østriol/g vaginalgel

# POSTERLISTE

## Gynekologi og obstetrikk

|             |              |                                                                                                                               |
|-------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PG1.</b> | Skorstad M   | LETSGO – Lifestyle and Empowerment Techniques in Survivorship of Gynecological Oncology. En pilotstudie.                      |
| <b>PG2.</b> | Eikeland G   | Endometrieablasjon i lokalbedøvelse i poliklinikk                                                                             |
| <b>PG3.</b> | Hagemann C   | Påvisning av sædceller og mannlig DNA i prøver tatt fra kvinner som er undersøkt ved Overgrepsmottaket ved St. Olavs hospital |
| <b>PG4.</b> | Trovik J     | Hyperemesis gravidarum. Endring av ernæringsbehandling – en oppfølgingsstudie                                                 |
| <b>PG5.</b> | Mathew S     | Har endring i blærehalsanatomi og plassering av TVT bånd betydning for symptomer etter TVT kirurgi?                           |
| <b>PG6.</b> | Støer N      | Reproductive factors and risk of melanoma: a population-based cohort study                                                    |
| <b>P01.</b> | Peterson H   | Hvordan vokser morkaken i svangerskapet? En MR (Magnetisk ressonans) studie                                                   |
| <b>P02.</b> | Sommerfelt S | Er pulsilitetsindeks (PI) i uterinarteriene knyttet til størrelsen på placenta relativt til fosteret?                         |
| <b>P03.</b> | Andræ F      | Androgennivåer hos gravide med PCOS og friske kontroller - effekt av metformin-behandling                                     |



# POSTERE

## Gynekologi

### PG1 LETSGO – Lifestyle and Empowerment Techniques in Survivorship of Gynecological Oncology. En pilotstudie.

Skorstad, Mette<sup>1,2</sup>; Berntsen, Sveinung<sup>3</sup>; Johannesen, Berit<sup>3</sup>; Vistad, Ingvild<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklippen, Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand, <sup>2</sup> Universitetet i Bergen, <sup>3</sup> Universitetet i Agder

**Bakgrunn:** Etter behandling av gynekologisk kreft følges de fleste kvinner opp poliklinisk i 5 år, uten godt vitenskapelig grunnlag for at overlevelse eller livskvalitet bedres. Undersøkelser viser at mange pasienter ikke fremskynder legekontroller ved tegn på tilbakefall av kreftsykdommen. Kreftpasienter selv etterlyser mer informasjon om seneffekter og hvordan de kan forebygge residiv. Vi har utviklet en oppfølgingsmodell med fokus på informasjon, egenmestring og sunn livsstil der halvparten av legekonsultasjonene erstattes av en sykepleier som skal identifisere senplager og motivere pasientene til fordelaktig livsstil som kreftoverlever. Vi har utviklet en app for å øke pasientenes mestringstro og for selvmonitorering til bruk i oppfølgingen. Oppfølging vil med denne modellen være i 1-3 år avhengig av risikoprofil og seneffekter.

**Mål:** Pilotere om erfaringer knyttet til bruk av informativ interaktiv e-helseteknologi (app) og delvis sykepleierstyrte kontroller.

**Metode:** Kvalitative intervjuer av 12 pasienter som har fulgt den nye oppfølgingsmodellen i 6-12 måneder. De spørres om erfaringer med sykepleierstyrte kontroller og appen samt opplevelse av mestring.

**Resultater:** Alle pasientene opplevde oppfølgingen trygg. Pasientene hadde blandede erfaringer med LETSGO appen. Halvparten fant den informativ og nyttig og brukte den regelmessig. Den andre halvdel opplevde tekniske problemer eller syntes den var mangelfull. Flere (8/12) ble inspirert til økt fysisk aktivitet av sykepleier og app.

**Konklusjon:** Den nye oppfølgingsmodellen etter gynkreft oppleves trygt av pasientene og bør evalueres videre i en kontrollert intervensjonsstudie. App kan være nyttig for å øke kvinners mestring som kreftoverlever, men den bør bedres teknisk før den presenteres for nye studiedeltakere.

### PG2 Endometrieablasjon i lokalbedøvelse i poliklinikk

Eikeland, Gunvor L<sup>1</sup>, Myklebost, Merete F<sup>1</sup>, Aune G<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Kvinneklippen, St. Olavs Hospital, Trondheim, <sup>2</sup> NTNU, Trondheim

**Bakgrunn:** Endometrieablasjon i lokalbedøvelse ble innført som metode i poliklinikken i mars 2019.

**Mål:** Evaluering av vellykkethet i forhold til gjennomføring av metoden og pasienttilfredshet.

**Metode:** Endometrieablasjon ble gjort med NovaSure Endometrial Ablation. Pasientene mottok et informasjonsskriv i posten og ble oppringt av operatør på forhånd. Preoperativt fikk pasientene paracetamol, ibuprofen, oksycodon og dexamethason per os. Prilokainhydroklorid med felypressin ble satt som anestesi paracervikalt og intramuralt. Postoperativt hadde pasientene mulighet for å ta paracetamol, ibuprofen, oksycodon og tramadol. Sykepleier registrerte pasientens opplevde smerte (min 0, max 10) ved bedøvelsesstikk og under ablasjonen og Behavioural Index (0 = ingen tegn til ubehag, 6 = tydelig avvergeresaksjon) under hele prosedyren. Pasientene ble oppringt dagen etter og spurt om fornøydhet og smerte.

**Resultater:** Vi har til nå gjennomført 34 behandlinger. En behandling måtte avbrytes siden apparaturen ikke ville spile seg ut. En pasient trengte innleggelse pga smerter og kvalme. Det var ingen komplikasjoner. Gjennomsnittlig smertescore ved bedøvelse var 3,4, under ablasjonen 4,9. Gjennomsnittlig Behavioural Index under hele prosedyren var 1,6. Gjennomsnittlig ablasjonstid var 81 sekunder, median tid for oppholdet var 90 minutter. 29 pasienter svarte på telefon neste dag. De anga gjennomsnittlig postoperativ smertescore behandlingsdagen til 3,6, neste dag 1,0. 93% var svært fornøyd, 7% litt fornøyd. 93% av pasientene ville anbefalt en venn å gjøre inngrepet med samme bedøvelse. 7% hadde ønsket seg narkose i stedet, men var likevel svært fornøyd.

**Konklusjon:** Behandling med endometrieablasjon i lokalbedøvelse i poliklinikk lykkes som oftest og pasientene er fornøyd.

## PG3 Påvisning av sædceller og mannlig DNA i prøver tatt fra kvinner som er undersøkt ved Overgrepsmottaket ved St. Olavs hospital

Forfattere: Hagemann, Cecilie T.<sup>1,2</sup>, Urke, Kristiane E.<sup>3</sup>, Takle, Ragnhild<sup>3</sup>, Olsen, Gunn-Hege<sup>4</sup>, Berg, Thomas<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital HF, Trondheim, <sup>2</sup>Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, <sup>3</sup>Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, <sup>4</sup>Rettsgenetisk senter, UiT, Norges Arktiske Universitet

**Bakgrunn:** Uavhengig av anmeldelse har Overgrepsmottaket ved St. Olavs hospital tilbudt sine pasienter sædcelle-undersøkelse. Analysene har blitt utført ved Cytologilaboratoriet ved St. Olavs hospital (CYTLAB) siden 2006. Fra oktober 2015 ble Rettsgenetisk senter i Tromsø (RGS) engasjert i sædcellepåvisning, samt for analyse av sædvæske og DNA-kvantitering.

**Målet** med studien var å sammenligne analyser av sædceller gjort ved CYTLAB og RGS. I tillegg ville vi beskrive resultater fra RGS's DNA-kvantitering.

**Metode:** Vi utførte en retrospektiv, deskriptiv journalstudie. Kvinner  $\geq 12$  år (gjennomsnitt 24,6 år) som ble undersøkt ved Overgrepsmottaket ved St. Olavs hospital i perioden oktober 2015 og ut 2017 ble inkludert. Sædcelleprøver tatt fra vagina/cervix ble analysert for sædceller ved lysmikroskopi ved CYTLAB og ved fluorescensmikroskopi (Sperm-Hyliter) ved RGS. RGS gjorde også DNA-kvantitering (Quantifiler-Trio-kit).

**Resultater:** I alt 158 prøver ble analysert, 152 ved begge laboratoriene. Av disse var 57 prøver positive for sædceller ved minst ett av laboratoriene (30 begge, 7 bare CYTLAB, 20 bare RGS). Av de totalt 51 prøvene (av 157) hvor RGS påviste sædceller, var det 49 prøver som inneholdt nok DNA til å kunne forvente en identifiserende DNA-profil. I tillegg var det 3 prøver som påviste nok DNA for profil, men der sædcelle testen var usikker/negativ.

**Konklusjon:** Fluorescensmikroskopi synes bedre enn konvensjonell cytologi for påvisning av sædceller. RGS hadde i tillegg mulighet for å detektere identifiserende DNA. Siden påvisning av sæd og mannlig DNA kan gi verdifulle opplysninger om seksuell kontakt og bidra til identifisering av mistenkte i voldtektssaker, bør våre funn være av interesse for politiet/rettssystemet.

## PG4 Hyperemesis gravidarum. Endring av ernæringsbehandling – en oppfølgingsstudie.

Tolleshaug, Camilla<sup>1</sup>, Tviberg, Tone<sup>1</sup>, Trovik, Jone<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen, <sup>2</sup> Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

**Bakgrunn:** Hyperemesis gravidarum (HG) rammer ca. 1% av alle gravide og kan føre til redusert næringsinntak og komplikasjoner for kvinnen og fosteret. En tidligere 10-årskohort (2002-2011) av kvinner innlagt med HG fant at 19% av pasientene fikk ernæring via gastrokopisk nedlagt jejunalsonde. Fra 2014 er det endret metode til ventrikkelsonde nedlagt av postsykepleier.

**Mål:** Evaluere ernæringsmarkører og behandling gitt HG-pasienter innlagt 2012-2016.

**Metode:** Retrospektiv sykehuskohort. Ernæringsregime ble kategorisert ihht. i.v. væske, i.v. ernæringstilskudd (perifer veneffon) eller sondeernæring og sammenliknet mhp kliniske og biokjemiske variabler (serum-prealbumin og ketonuri).

**Resultater:** i alt 334 kvinner fikk behandling; 217 (65%) kun væske, 86 (26%) ernæringstilskudd og 30 (9%) sondeernæring (13 via ventrikkelsonde). Ved innleggelse hadde sondeernæringsgruppen større vekt tap (median 4,3 kg), høyere grad av ketonuri (median 3+) og lavere serum-prealbuminverdi (median 0,18 g/L, alle  $p \leq 0,026$ ) sammenliknet mot væskegruppen (3,5kg, 2+ og 0,20) og ernæringstilskuddsgruppen (4kg, 2+ og 0,19). Sondegruppen hadde også flest innleggelser, flest sykehusdøgn og størst vektøkning før utskrivning (alle  $p \leq 0,003$ ).

**Sondeernæring** ble gitt median 3,5 døgn i sykehus og fortsatt hjemme i median 6 døgn.

**Hverken** total maternell vektøkning, andel kvinner med  $<7$ kg vektøkning eller andel små-for- gestasjonsalder (SGA) barn var signifikant forskjellig mellom de tre behandlingsgruppene. Justert for etnisitet hadde ikke ernæringsbehandling signifikant risiko for SGA men vektøkning  $< 7$ kg var en uavhengig faktor med odds ratio 2,02 (95% CI 1,19-6,79,  $p=0,019$ ).

**Konklusjon:** Kvinner med hyperemesis som fikk sondeernæring hadde dårligst ernæringsstatus ved innleggelse. Sondeernæring som del av behandling kan bidra til å gjenopprette vekt. Utilstrekkelig vektøkning øker risiko for SGA.

## PG5 Har endring i blærehalsanatom i og plassering av TVT bånd betydning for symptomer etter TVT kirurgi?

**Forfattere:** Mathew S<sup>1,2</sup>, Nyhus MØ<sup>1,2</sup>, Salvesen KÅ<sup>1,2</sup>, Volloyhaug I<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, St Olavs hospital, Trondheim Universitetsssykehus. <sup>2</sup>Institutt for Klinisk og Molekylær Medisin, NTNU. Tilknytning: Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital og NTNU

**Bakgrunn:** Transperineal ultralyd kan gi nyttig informasjon om anatomi før og etter behandling for stressinkontinens. Målet var å undersøke anatomi, båndplassering og symptomer hos kvinner med urininkontinens før og etter TVT kirurgi.

**Metode:** Prospektiv studie av 65 kvinner med stressinkontinens undersøkt på operasjonsdagen og 6 måneder postoperativt. De besvarte spørreskjema (ja/nei) om stress- og urgeinkontinens. Transperineal ultralyd ble benyttet for å undersøke: traktform av urethra ved Valsalva, patologisk blærehalsdescens (> 25 mm descens fra hvile til Valsalva) og måle avstanden fra TVT-båndet til blærehalsen i hvile og til symfyen ved Valsalva. Endring i blærehalsanatom i og symptomer før og etter kirurgi, samt assosiasjon mellom postoperativ anatomi, båndplassering og stressinkontinens ble undersøkt (Fisher's, X<sup>2</sup> eller t-test).

**Resultater:** Gjennomsnittlig alder var 50 år, og BMI 26 kg/m<sup>2</sup>. Stressinkontinens ble redusert fra 100% til 13%, p<0,001, urgeinkontinens fra 61 % til 18%, p=0,02, traktformet urethra fra 39% til 28%, p=0,02 og patologisk blærehalsdescens fra 20% til 7%, p=1,0.

**Kvinner** med og uten postoperativ stressinkontinens hadde: patologisk blærehalsdescens 0% vs. 8%, traktformet urethra 0% vs. 31%, gjennomsnittlig (SD) avstand fra TVT til blærehalsen: 2,2 (0,7) cm vs. 2,1 (0,5) cm, og til symfyen: 1,6 (0,3) cm vs. 1,5 (0,3) cm; alle p>0,05.

**Konklusjon:** Nesten 90% ble kurert for stressinkontinens og 40% for urgeinkontinens etter TVT. Funn av traktformet urethra ble signifikant redusert. Blærehalsanatom i og plassering av TVT båndet var ikke signifikant forskjellig mellom kvinner som ble kurert og de med vedvarende stressinkontinens. Persisterende stressinkontinens kan være assosiert med andre faktorer som hormonstatus og urethra lukketrykk.

## PG6 Reproductive factors and risk of melanoma: a population-based cohort study

**Stoer, Nathalie C<sup>1</sup>. Botteri, Edoardo<sup>1,2</sup>. Ghiasvand, Reza<sup>3</sup>. Busund, Marit<sup>4</sup>. Vangen, Siri<sup>1,4</sup>. Lund, Eiliv<sup>5</sup>. Veierød, Marit B<sup>3</sup>. Weiderpass, Elisabete<sup>5,6,7,8</sup>.**

1) Norwegian National Advisory Unit on Women's Health, Women's Clinic, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

2) Department of Bowel Cancer Screening, Cancer Registry of Norway, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

3) Oslo Center for Biostatistics and Epidemiology, Department of Biostatistics, Institute of Basic Medical Sciences, University of Oslo, Oslo, Norway.

4) Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

5) Department of Community Medicine, University of Tromsø, The Arctic University of Norway, Tromsø, Norway.

6) Department of Research, Cancer Registry of Norway, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

7) Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

8) Department of Genetic Epidemiology, Folkhälsan Research Center, Helsinki, Finland

**Background:** We studied the association between reproductive factors and the risk of cutaneous melanoma (CM) overall, and by histological subtype and anatomical site, in the Norwegian Woman and Cancer study (NOWAC).

**Method:** We followed 165,712 women aged 30-75 at inclusion from 1991-2007 to the end of 2015. Multivariable Cox regression was used to estimate hazard ratios (HRs) with 95% confidence intervals (CIs) for the associations between the reproductive factors age at menarche, menstrual cycle length, parity, age at first and last birth, menopausal status, breastfeeding duration and length of ovulatory life and cutaneous melanoma risk, overall and by histological subtypes and anatomical site.

**Results:** The mean age at cohort enrolment was 49 years. During the median follow-up of 18 years, 1,347 CM cases were identified. No reproductive factors were clearly associated with CM risk. When stratifying by histological subtype we observed significant heterogeneity (p = 0.013) in the effect of ovulatory life on the risk of superficial spreading melanoma (SSM) (HR 1.02, 95% CI 1.01-1.04 per year increase) and nodular melanoma (HR 0.97, 95% CI 0.94-1.01 per year increase). When stratifying by anatomical site, menopausal status (HR 0.54, 95% CI 0.31-0.92, postmenopausal compared to premenopausal) and menstrual cycle length (HR 1.07, 95% CI 1.01-1.13, per day increase) were associated with CM of the trunk, and significant heterogeneity between anatomical sites was observed for menopausal status (p=0.036).

**Conclusions:** In this large Norwegian cohort study, we did not find convincing evidence of an association between reproductive factors and the risk of CM.

**Preference:** ☒ Poster ☐ Oral

## PO1 Hvordan vokser morkaken i svangerskapet? En MR (Magnetisk ressonans) studie

Peterson, Helene F.<sup>1</sup>, Eskild, Anne<sup>1,2</sup>, Sagberg, Karianne<sup>1</sup>, Sommerfeldt, Silje<sup>1</sup>, Gjesdal, Kjell-Inge<sup>2</sup>, Borthne, Arne S.<sup>2</sup>, og Hillestad, Vigdis<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinnen og <sup>2</sup>Bildedagnostisk avdeling, Akershus universitetssykehus

**Bakgrunn:** Vår kunnskap om morkakens vekst under svangerskapet baserer seg på størrelsen av de morkakene som blir født. Men morkakene til barn som blir født for tidlig, kan ha unormal vekst og er kanskje derfor ikke representative for pågående svangerskap. Vi ønsket derfor å studere størrelsen (volum) på morkaken og størrelsen på morkaken relativ til fosteret størrelse i normale pågående svangerskap.

**Mål:** Primær endepunkt er vulum (cm<sup>3</sup>) av morkaken og foster.

**Metode:** Vi brukte data fra Placenta-volumstudien (PLAVO-studien) ved Akershus universitetssykehus for å gjøre en observasjonsstudie. I studien er 104 graviditeter undersøkt med MR i svangerskapsukealder 27 +0 (gjennomsnitt) og i svangerskapsalder 37+0 (gjennomsnitt). Kvinnene ble undersøkt med en 1.5 T MR scanner (Ingenia, Philips Healthcare, Amsterdam, Netherlands). Opptaket ble gjort i sagittalplan med 5 mm tykke snitt gjennom uterus. Omrisset av både morkaken og fosteret ble tegnet i hvert snitt og volumene ble beregnet ved hjelp av kommersielt tilgjengelig programvare (ITK-snap versjon 3.6.0).

**Resultater:** Vi presenter i dette sammendraget resultatene for de 30 først undersøkte graviditetene.

**Vi fant stor spredning i morkakestørrelsen.** Ved svangerskapsalder 27 var gjennomsnittsvolum 584 cm<sup>3</sup> (spredning 362-994 cm<sup>3</sup>), og morkakens volum tilsvarte i gjennomsnitt 60% av fosterets volum (ratio 0,60). Ved svangerskapsalder 37 var morkakes volum i gjennomsnitt 851 cm<sup>3</sup> (spredning 458-1206 cm<sup>3</sup>), og morkakens volum tilsvarte i gjennomsnitt 30% av fosterets volum (ratio 0,31).

**Konklusjon:** Fosteret vokser relativt mye mer enn morkaken fra svangerskapsalder 27 til svangerskapsalder 37.

## PO2 Er pulsatilittetsindeks (PI) i uterinarteriene knyttet til størrelsen på placenta relativt til fosteret?

Sommerfeldt, Silje<sup>1,2</sup>, Flo, Kari<sup>1</sup>, Hillestad, Vigdis<sup>3</sup>, Sagberg, Karianne<sup>1,2</sup>, Eskild, Anne<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinnen, Akershus universitetssykehus, Lørenskog; <sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo; <sup>3</sup>Avdeling for bildediagnostikk, Akershus universitetssykehus, Lørenskog.

**Bakgrunn:** Både liten og stor placenta relativt til fosterets størrelse har vært knyttet til sykdomsrisiko hos mor og barn. I klinikken måles placentas funksjon og utvikling indirekte ved å estimere fostervekst og føto-placentær sirkulasjon. Høy pulsatilittetsindeks (PI) i uterinarteriene kan tyde på risiko for sykdom og dødelighet. Men det er ikke kjent om PI i uterinarteriene er knyttet til placentas absolutte størrelse, eller størrelse relativt til fosteret.

**Mål:** Vi ønsket å undersøke sammenhengen mellom PI i uterinarteriene og placentavolum, samt placentavolum relativt til fostervolum.

**Metode:** Vi undersøkte 104 kvinner med singletonsvangerskap i uke 26-28 (median 27+0). Vi målte PI i arteria uterina med ultralyd-Doppler og brukte gjennomsnittet for høyre og venstre side i analysen. Vi beregnet placentavolum og fostervolum (i cm<sup>3</sup>) ved MR. Sammenhengen mellom PI og placentavolum samt placentavolum relativt til fostervolum ble testet med Spearmans korrelasjonskoeffisient.

**Resultater:** Jo større placenta, desto lavere PI i uterinarteriene (Spearmans rho -0.273, p=0.005).

Likeledes, jo større placenta relativt til fosterets størrelse, desto lavere PI i uterinarteriene (Spearmans rho -0.303, p=0.002).

Der morkaken var liten relativt til fosteret, var PI høyest.

**Konklusjon:** Høy PI i arteria uterina, som er kjent assosiert med forhøyet risiko, var i denne studien korrelert med en liten placenta. Svangerskap med store placentaer, derimot, hadde normal eller lav PI. Siden også store placentaer kan være knyttet til økt risiko, burde vi utvikle og ta i bruk metoder for å måle placentas størrelse i pågående svangerskap.

## PO3 Androgennivåer hos gravide med PCOS og friske kontroller - effekt av metformin-behandling

Forfattere: Andrae, Frida, Abbott, David <sup>2</sup>, Stridsklev, Solhild <sup>3,4</sup>, Salvesen, Øyvind<sup>5</sup>, Vanky, Eszter<sup>3,4\*</sup>,

\* Delt sisteforfatterskap

Tilknytning:

Kvinnekliviken, Nordlandssykehuset, Bodø, Norge.

<sup>2</sup> Department of Obstetrics and Gynaecology and Wisconsin National Primate Research Centre, University of Wisconsin, Madison, WI 53715, USA

<sup>3</sup> Kvinnekliviken, St. Olavs Hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim, Norge og

<sup>4</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU, Trondheim, Norge

<sup>5</sup> Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim, Norge

**Bakgrunn:** Det finnes ikke gode, longitudinelle studier av androgennivåer hos gravide kvinner med PCOS. Vi ønsket undersøke 1) forskjellen i androgener mellom gravide PCOS og friske gravide kontroll kvinner og 2) effekten av metformin på androgennivåer hos gravide med PCOS.

**Metode:** Studien er en *post hoc* analyse av serum fra en randomisert, placebo-kontrollert, norsk multisenter studie for 255 gravide med PCOS, og 123 friske gravide kvinner fra en observasjonell studie. Kvinnene med PCOS ble randomisert til metformin (2g per dag) eller placebo, fra første trimester til fødsel. Androstenedion (A4) og testosteron (T) ble analysert med LC-MS metode som er gull-standard.

**Resultater:** Kvinner med PCOS hadde høyere androstendion (A4), testostosterone (T) og fritt-testosteron indeks (FTI) ved alle målepunkter i svangerskapet sammenlignet med friske kontroller. I hele kohorten av PCOS, hadde metformin ingen effekt på FTI. Det var en trend mot lavere nivåer av A4 og T i metformin-gruppen sammenlignet med placebo gjennom svangerskapet.

I subgruppe-analyser reduserte metformin A4 og T hos ikke-obese kvinner ( $p=0.004$ ), men hadde ingen effekt hos kvinner med BMI  $> 30\text{kg/m}^2$ . Metformin reduserte også A4 ( $p=0.027$ ) og T ( $p=0.010$ ) nivåene gjennom svangerskapet for kvinner med guttefoster.

**Konklusjon:** Kvinner med PCOS har signifikant høyere androgennivåer i svangerskapet sammenlignet med friske kontroll kvinner. Metformin endret ikke FTI hos gravide med PCOS. Metformin hadde en androgen-senkende effekt hos ikke-obese kvinner med PCOS og hos dem med guttefoster.





## I front på samhandling og e-helse

Med Infodoc har du alltid på plass det siste av elektronisk kommunikasjon og viktig funksjonalitet, og i skyen er journalsystemet enda raskere, mer stabilt og tryggere enn noen gang!



## ▼ Lynparza «AstraZeneca»

C **Antineoplastisk middel.**

ATC-nr.: L01X X46

H **KAPSLER, harde 50 mg:** Hver kapsel inneholder: Olaparib 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Skjellakk, sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

H **TABLETTER, filmdrasjerte 100 mg og 150 mg:** Hver tablett inneholder: Olaparib 100 mg, resp. 150 mg, mannitol. Fargestoff: Gult jernoksid (E172), svart jernoksid (E172) (kun 150 mg). **Indikasjoner: Kapsler: Ovarialkreft:** Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv BRCA-mutert (kimbanen og/eller somatisk), høygradig, serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi. **Tabletter: Ovarialkreft:** Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO trinn III og IV) BRCA1/2-mutert (kimbanen og/eller somatisk) høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter fullført førstelinje platinabasert kjemoterapi. Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv høygradig kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi. **Brystkreft:** Monoterapi for behandling av voksne med kimmelle BRCA1/2-mutasjoner som har HER2-negativ lokalavansert eller metastatisk brystkreft. Pasienter bør ha fått tidligere behandling med et antrasyklin og et taksan i (neo)adjuvant eller metastatisk setting, med mindre pasientene ikke var egnet for disse behandlingene. Pasienter med hormonreseptor (HR)positiv brystkreft skal i tillegg ha progrediert under eller etter tidligere endokrin behandling, eller blitt vurdert til å være uegnet for endokrin behandling. **Dosering:** Behandling bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i bruk av legemidler til kreftbehandling. **NB! Viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter:** Kapsler (50 mg) skal ikke erstattes med tabletter (100 mg og 150 mg) på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet for hver formulering. Tabletter skal heller ikke erstattes med kapsler på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet for hver formulering. De spesifikke doseringsanbefalingene for hver formulering skal derfor følges. **Kapsler, behandling av ovarialkreft:** NB! Kapsler er IKKE byttbar med tabletter på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet, se viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter ovenfor. **Påvisning av mutasjon før behandlingsoppstart:** Pasienten må ha påvist skadelig eller mistenkt skadelig mutasjon (enten i kimmelle eller i svulst) i brystkreftgenene (BRCA) før behandling igangsettes. BRCA mutasjonsstatus bør undersøkes i et kvalifisert laboratorium ved å benytte en validert testmetode. Genetisk rådgivning til pasienter med BRCA1/2-mutasjoner bør utføres iht. lokalt regelverk. **Anbefalt dose av kapsler:** 400 mg (8 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose 800 mg). Behandlingen bør startes senest 8 uker etter at siste dose med platinabasert regime er avsluttet. Behandlingen bør fortsette til progresjon av underliggende sykdom eller uakseptabel toksisitet oppstår. Data på gjentatt olaparibbehandling ved etterfølgende tilbakefall finnes ikke. **Dosejusteringer av kapsler ved bivirkninger:** Behandlingen kan avbrytes for å håndtere bivirkninger som kvalme, oppkast, diaré og anemi. Dosereduksjon kan vurderes. Anbefalt dosereduksjon er til 200 mg 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose 400 mg). Er ytterligere dosereduksjon nødvendig, anbefales reduksjon til 100 mg 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose 200 mg). **Dosejusteringer av kapsler ved samtidig bruk av CYP3A-hemmere:** Samtidig bruk av kraftige eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, og alternative midler bør vurderes. Ved samtidig bruk av sterk CYP3A-hemmer reduseres kapseldosen til 150 mg (3 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig (tilsv. en total daglig kapseldose på 300 mg). Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres kapseldosen til 200 mg (4 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig (tilsv. en total daglig kapseldose på 400 mg). **Tabletter, behandling av ovarialkreft og brystkreft:** NB! Tabletter er IKKE byttbar med kapsler på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet, se viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter ovenfor. **Påvisning av BRCA1/2-mutasjoner før oppstart til vedlikeholdsbehandling i førstelinje av høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritoneal kreft:** Pasienten må få påvist skadelig eller mistenkt skadelig kimbane eller somatiske mutasjoner i brystkreftgenene (BRCA) 1 eller 2 vha. en validert test. Det er ikke noe krav til testing av BRCA1/2 før oppstart til vedlikeholdsbehandling av

tilbakevendende EOC, FTC eller PPC som har fullstendig eller delvis respons på platinabasert behandling. For kimmelle brystkreftgen (gBRCA1/2)-mutert, HER2-negativ metastatisk brystkreft må skadelig/mistenkt skadelig gBRCA1/2-mutasjon bekrefte før oppstart av olaparibbehandling. gBRCA1/2-mutasjonsstatus skal undersøkes i et kvalifisert laboratorium med en validert testmetode. Data som viser klinisk validering av tumor BRCA1/2-tester ved brystkreft er ikke tilgjengelig på nåværende tidspunkt. Hos pasienter som er testet for BRCA1/2-genmutasjoner bør genetisk rådgivning gis iht. lokale retningslinjer. **Anbefalt dose av tabletter:** 300 mg (2 tabletter à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose på 600 mg). Tabletter med styrken 100 mg er tilgjengelig for dosereduksjon. Det anbefales at behandlingen fortsetter til progresjon av underliggende sykdom, eller til uakseptabel toksisitet oppstår. Pasienter med platinasensitiv tilbakevendende (PSR) høygradig ovarialkreft, egglederkreft eller primær peritoneal kreft som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi, bør starte behandling senest 8 uker etter at siste dose med platinabasert regime er avsluttet. **Behandlingsvarighet ved førstelinje vedlikeholdsbehandling av BRCA-mutert avansert ovarialkreft:** Pasienten kan fortsette behandlingen inntil radiologisk progresjon av sykdommen, uakseptabel toksisitet oppstår eller i inntil 2 år dersom det ikke foreligger radiologiske tegn på sykdom etter 2 års behandling. Pasienter med påvist sykdom etter 2 år, som etter behandelende leges mening kan dra nytte av videre behandling, kan behandles utover 2 år. **Behandlingsvarighet ved vedlikeholdsbehandling av platinasensitiv tilbakevendende ovarialkreft:** For pasienter med platinasensitiv tilbakevendende (PSR) høygradig ovarialkreft, egglederkreft eller primær peritoneal kreft er det anbefalt at behandlingen fortsetter til progresjon av underliggende sykdom, eller til uakseptabel toksisitet oppstår. **Behandlingsvarighet ved gBRCA1/2-mutert HER2-negativ metastatisk brystkreft:** Det er anbefalt at behandlingen fortsetter til progresjon av underliggende sykdom, eller til uakseptabel toksisitet oppstår. Det finnes ingen data på effekt eller sikkerhet på gjentatt vedlikeholdsbehandling med olaparib ved første eller etterfølgende tilbakefall hos pasienter med ovarialkreft eller ved gjentatt behandling av brystkreftpasienter. **Dosejusteringer av tabletter ved bivirkninger:** Behandlingen kan avbrytes for å håndtere bivirkninger som kvalme, oppkast, diaré og anemi. Dosereduksjon kan vurderes. Anbefalt dosereduksjon er til 250 mg (1 tablett à 150 mg + 1 tablett à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende daglig totaldose på 500 mg). Dersom en ytterligere dosereduksjon er nødvendig, anbefales en reduksjon til 200 mg (2 tabletter à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende en daglig totaldose på 400 mg). **Dosejusteringer av tabletter ved samtidig bruk av CYP3A-hemmere:** Samtidig bruk av kraftige eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, og alternative midler bør vurderes. Ved samtidig bruk av sterk CYP3A-hemmer reduseres tablettedosen til 100 mg (1 tablett à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsv. en total daglig tablettedose på 200 mg). Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres tablettedosen til 150 mg (1 tablett à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsv. en total daglig tablettedose på 300 mg). **Glemt dose:** Ved glemt dose, ta neste normale dose til planlagt tid. Dobbel dose skal ikke tas. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A eller B). Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh C, da sikkerhet og farmakokinetikk ikke er undersøkt). **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt nyrefunksjon (CICR 51-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (CICR 3150 ml/minutt) er anbefalt dose for kapsler 300 mg 2 × daglig (tilsv. daglig totaldose 600 mg) og anbefalt dose for tabletter 200 mg (2 tabletter à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose på 400 mg). Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresvikt (CICR ≤30 ml/minutt). Kan brukes hvis fordel oppveier potensiell risiko. Pasienten bør overvåkes nøye mht. nyrefunksjon og bivirkninger. **Barn og ungdom:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått, ingen data. **Eldre:** Ingen justering av startdose. Begrenset kliniske data hos eldre ≥75 år. **Ikke-kaukasiske pasienter:** Ikke nødvendig med dosejustering på grunnlag av etnisitet. **Administrering:** Inntak av grapefruktjuice skal unngås under behandlingen. **Kapsler:** Bør tas minst 1 time etter mat, og inntak av mat bør avstås fra i 2 timer etterpå. **Tabletter:** Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele. Skal ikke tygges. Skal ikke knuses, oppløses eller deles. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Amning under behandling og i 1 måned etter siste dose. **Forsiktighetsregler:** Hematologisk toksisitet: Er rapportert, inkl. kliniske diagnoser og/eller laboratoriefunn av generell mild eller moderat (CTCAE grad 1 eller 2) anemi, nøytropeni, trombocytopeni og lymfopeni. Behandling bør ikke startes før restitusjon fra

**AstraZeneca**

AstraZeneca AS, 0663 Oslo tlf 21 00 64 00. [www.astrazeneca.no](http://www.astrazeneca.no)

# Lynparza<sup>®</sup> tabletter

## Ny indikasjon:

Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med avansert (FIGO trinn III og IV) BRCA1/2-mutert (kimbanen og/eller somatisk) høygradig kreft i ovarieepitel, eggleder eller primær peritoneal kreft, som responderer (fullstendig eller delvis) etter fullført forstelinje platinabasert kjemoterapi<sup>1</sup>

De hyppigste bivirkningene ved bruk av Lynparza er: kvalme, oppkast, diare, dyspepsi, tretthet (fatigue), hodepine, dysgeusi, nedsatt appetitt, svimmelhet og anemi.

Fullstendig blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, anbefales de første 12 måneder og deretter periodevis.

Ref.: 1. Lynparza SPC sec 4.1 Jun 12th 2019, 2. Lynparza SPC sec 4.4

hematologisk toksisitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og nøytrofilverdier bør være CTCAE grad ≤1). Fullstendig blodtelling ved baseline og deretter månedlig, anbefales de første 12 månedene og deretter periodevis. Behandlingen skal avbrytes og hensiktsmessig hematologisk testing igangsettes, ved alvorlig hematologisk toksisitet eller behov for blodtransfusjon. Forblir blodparametrene klinisk unormale etter 4 ukers behandlingsavbrudd, anbefales benmargsanalyse og/eller cytogenetisk blodanalyse. *Myelodysplastisk syndrom/akutt myelogen leukemi (MDS/AML)*: Rapportert hos et lite antall pasienter (<1,5%) ved monoterapi eller i kombinasjon med annen kreftbehandling (de fleste tilfellene var fatale). Behandlingsvarighet hos pasienter som utviklet MDS/AML varerte fra <6 måneder til >2 år. Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert, anbefales det at behandlingen seponeres og at pasienten får egnet behandling. *Pneumoni*: Rapportert hos <1% av pasientene (inkl. fatale tilfeller). Behandlingen bør avbrytes og utredes raskt, ved nye eller forverrede respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller ved unormalt radiologisk funn i brystet. Ved bekreftet pneumoni avbrytes behandlingen, og pasienten behandles hensiktsmessig. *Innholdstoffer*: Tabletter: Inneholder 0,24 og 0,35 mg natrium pr. tablett à hhv. 100 mg og 150 mg, dvs. praktisk talt natriumfritt. *Biljøring og bruk av maskiner*: Moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter kan oppleve fatigue, asteni eller svimmelhet. Pasienter som opplever disse symptomene bør utvise forsiktighet ved biljøring eller ved bruk av maskiner. *Interaksjoner*: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Kombinasjon med andre legemidler mot kreft, inkl. DNA-skadelige midler, viser forsterket og forlenget myelosuppressiv toksisitet. Kombinasjon med vaksiner eller immunsuppressiver er ikke undersøkt, og forsiktighet bør utvises. Pasienten bør overvåkes nøye. *Effekt av andre legemidler på olaparib*: Olaparib metaboliseres hovedsakelig av CYP3A4/5. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-induktorer er ikke anbefalt, da effekten kan bli betydelig redusert (se SPC). Effekten av moderate induktorer er ikke fastslått, samtidig bruk er ikke anbefalt. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, se Dosering og SPC. Grapefruktjuice skal unngås. Samtidig bruk av rifampicin, en CYP3A-induktor reduserer olaparib gjennomsnittlig  $C_{max}$  AUC. Kjente kraftige CYP3A-induktorer er derfor ikke anbefalt, siden det er mulig at effekten av olaparib kan bli betydelig redusert. Effekten av moderate til kraftige CYP3A-induktorer på olaparibeksponering er ikke fastslått. Samtidig bruk med disse er derfor heller ikke anbefalt. Tamoksifen reduserer olaparibeksponeringen med 27% (klinisk relevans ukjent). *Effekt av olaparib på andre legemidler*: Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av CYP3A-substrater som er sensitive eller som har smalt terapeutisk vindu. Hensiktsmessig klinisk overvåkning anbefales. Olaparib kan redusere eksponeringen for substrater av enzymerne CYP1A2, CYP2B6, CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19 og P-gp. Effekten av noen hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres. Olaparib hemmer effluksstransportøren Pgp in vitro. Legemiddelinteraksjoner med P-gp-substrater kan derfor ikke utelukkes. Hensiktsmessig klinisk overvåkning anbefales ved kombinasjon. Det kan ikke utelukkes at olaparib kan øke eksponeringen av substrater for BCRP, OATP1B1, OCT1, OCT2, OAT3, MATE1 og MATE2K. Forsiktighet bør særlig utvises ved kombinasjon med statiner. **Graviditet, amming og fertilitet**: *Graviditet*: Ingen data fra bruk hos gravide, men pga. virkningsmekanismen (PARP-hemming) kan olaparib gi fosterskader og skal derfor ikke brukes under graviditet. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksitet inkl. alvorlige teratogene effekter og effekter på embryoføtal overlevelse. Fertile kvinner skal unngå graviditet og skal ikke være gravide ved behandlingsoppstart. Graviditetstesting bør utføres før behandlingsoppstart og deretter regelmessig under behandling hos alle fertile kvinner. 2 former for sikker prevensjon skal brukes før behandlingsoppstart, under behandlingen, og i 1 måned etter siste dose, unntatt dersom avholdenhet fra samleie velges som prevensjonsmetode. 2 svært effektive og komplementære former for prevensjon anbefales. Siden det ikke kan utelukkes at olaparib kan redusere effekten av hormonelle prevensjonsmidler, bør en ekstra ikke-hormonell prevensjonsmetode vurderes under behandling. Hos kvinner med hormonavhengig kreft bør det vurderes 2 ikke-hormonelle prevensjonsmetoder. Mannlige pasienter må bruke sikker kondom under behandling og i 3 måneder etter å ha fått siste olaparibdose ved samleie med en gravid eller fertil kvinne, pga. ukjent om olaparib eller dets metabolitter finnes i sædvæske. Kvinnelige pasienter må også bruke sikker prevensjon dersom de er fertile. Mannlige pasienter skal ikke donere sæd under behandling og i 3 måneder etter siste

olaparibdose. *Amming*: Ukjent om olaparib eller metabolitter utskilles i human morsmelk. Ingen dyrestudier er utført. Kontraindisert under amming og i 1 måned etter siste dose. *Fertilitet*: I dyrestudier er det ikke observert effekt på befruktning, men negative effekter på embryoføtal overlevelse. **Bivirkninger**: Olaparib-monoterapi er forbundet med bivirkninger, vanligvis av mild eller moderat alvorlighetsgrad (CTCAE grad 1 eller 2). *Svært vanlige* (≥1/10): Blod/lymf: Anemi (inkl. makrocytær anemi, erytropeni, hematokritsenkning, hemoglobinreduksjon, normokrom anemi, normokrom normocytisk anemi, normocytisk anemi, redusert antall røde blodceller), leukocytopeni (inkl. redusert antall hvite blodceller), nøytropeni (inkl. agranulocytose, febril nøytropeni, redusert granulocytall, granulocytopeni, idiopatisk nøytropeni, nøytropen infeksjon, nøytropen sepsis og redusert nøytrofilall), trombocytopeni (inkl. redusert trombocytall, redusert produksjon av blodplater, redusert blodplatekritt). Gastrointestinale: Diaré<sup>1</sup>, dyspepsi, kvalme<sup>1</sup>, oppkast<sup>1</sup>, øvre abdominalmerte<sup>2</sup>. Generelle: Fatigue/asteni<sup>1</sup>. Luftveier: Dyspné (inkl. anstrengelsesdyspné)<sup>1</sup>, hoste (inkl. slimhoste)<sup>2</sup>. Nevrologiske: Dysgeusi, hodepine<sup>2</sup>, svimmelhet<sup>2</sup>. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt<sup>2</sup>. *Vanlige* (≥1/100 til <1/10): Blod/lymf: Lymfopeni (inkl. redusert B-lymfocytall, redusert lymfocytall, redusert T-lymfocytall)<sup>2</sup>. Gastrointestinale: Stomatitt (omfatter også aftøs stomatitt, sår i munnen)<sup>2</sup>. Immunsystemet: Utslett (inkl. eksfoliativ utslett, generalisert erytem, erytematøst utslett, generalisert utslett, makuløst utslett, makulopapuløst utslett, papuløst utslett, kløende utslett). Undersøkelser: Økt CK<sup>2</sup>. *Mindre vanlige* (≥1/1000 til <1/100): Immunsystemet: Dermatitt (inkl. allergisk dermatitt, eksfoliativ dermatitt), overfølsomhet (omfatter også legemiddeloverfølsomhet). Undersøkelser: Økt gjennomsnittlig celler-volum.

<sup>1</sup>Samlet frekvens sett for alle grader. Sett med frekvens vanlig for grad 3-4

<sup>2</sup>Samlet frekvens sett for alle grader. Sett med frekvens mindre vanlig for grad 3-4

**Overdosering/Forgiftning**: *Behandling*: Generelle støttende tiltak og symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger L01X X46 på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no). **Egenskaper**: *Virkningsmekanisme*: Potent hemmer av humane poly (ADP-ribose) polymerase (PARP-1, PARP-2 og PARP-3)-enzymer. Hemmer veksten av selekterte tumorceller in vitro og tumorvekst in vivo, enten som eneste behandling eller i kombinasjon med etablerte kjemoterapi-er. *Absorpsjon*: Kapsler:  $C_{max}$  nås etter 1-3 timer. Ingen markant akkumulering ved gjentatt dosering. Steady state nås innen ~3-4 dager. Samtidig matinntak reduserer absorpsjonshastigheten ( $T_{max}$  forsinkes med 2 timer), og absorpsjonsgraden øker marginalt (AUC øker ca. 20%). Tabletter:  $C_{max}$  nås etter 1,5 timer. Samtidig matinntak reduserer absorpsjonshastigheten ( $T_{max}$  forsinkes med 2,5 timer og  $C_{max}$  redusert med ca. 21%). *Proteinbinding*: Kapsler: Ca. 82% ved klinisk relevante konsentrasjoner på 10 µg/ml. Tabletter: Ca. 82%. *Fordeling*: Kapsler: Tilsynelatende Vd: ~167 liter. Tabletter: Tilsynelatende Vd: Ca. 158 liter. *Halveringstid*: Kapsler: Terminal t1/2: 11,9 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~8,6 liter/time. Tabletter: Terminal t1/2: 15 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~7 liter/time. *Metabolisme*: CYP3A4 er vist, in vitro, å være primært ansvarlig for metabolismen. Omfattende. Hovedsakelig oksidasjonsreaksjoner. *Utskillelse*: Ca. 44% via urin, ca. 42% via feces. Hovedsakelig som metabolitter. **Oppbevaring og holdbarhet**: Kapsler: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Alle kapsler som har vært fryst må kastes. Kapsler kan oppbevares ved høyst 30°C i inntil 3 måneder; etter dette må kapslene returneres til apotek for destruering. *Tabletter*: Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot fuktighet. Krever ingen spesielle oppbevaringsbetingelser vedvarende temperatur. **Pakninger og priser**: **Kapsler**: 4 × 112 stk.<sup>1</sup> (plastflasker) kr 55781,00. **Tabletter**: 100 mg: 56 stk.<sup>1</sup> (bliester) kr 27754,60. **150 mg**: 56 stk.<sup>1</sup> (bliester) kr 27754,60. **Refusjon**: <sup>1</sup>. **H-resept: L01X X46. 12. Olaparib** *Refusjonsberettiget bruk*: Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe.

*Vilkår*: (216). Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist.

Sist endret: 28.06.2019. Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 12.06.2019

# FRIE FOREDRAG

## Gynekologi

### G1: Effekt av preoperativ bekkenbunnstrening hos kvinner som opereres for urogenital descens – en randomisert kontrollert studie

Forfattere: Nyhus, Maria Ø.<sup>1,2</sup>, Mathew, Seema<sup>1,2</sup>, Stafne, Signe N.<sup>1,3</sup>, Salvesen, Kjell Å.<sup>1,2</sup>, Volloyhaug, Ingrid<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Gynekologisk avdeling, St Olavs hospital

<sup>2</sup>Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU

<sup>3</sup>Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

**Tilknytning:** NTNU

**Bakgrunn:** Bekkenbunnstrening er effektivt mot symptomer hos kvinner med moderat urogenitaldescens, men er ikke undersøkt hos kvinner med operasjonstrengende descens. Residivfrekvensen etter descenskirurgi er høy. Få studier har evaluert effekten av bekkenbunnstrening som supplement til kirurgi på kontraksjonsevne, anatomi og symptomer. **Mål:** Undersøke effekten av bekkenbunnstrening før descenskirurgi på bekkenbunnkontraksjon, anatomi og symptomer.

**Metode:** Randomisert kontrollert studie. 159 operasjonspasienter ble randomisert til intervensjon (n=81) og kontroll (n=78) i påvente av kirurgi. Intervensjonen besto av 12 ukers daglig bekkenbunnstrening. Kvinnene ble undersøkt ved inklusjon og 6 måneder postoperativt. Bekkenbunnkontraksjonen ble undersøkt med palpasjon (Modifisert Oxford skala (MOS)). Anatomisk descens ble målt med pelvic organ prolapse quantification system (POP-Q) i dominerende kompartiment. Globusfølelse ble angitt på visuell analog skala (VAS) fra 0-100. Forskjeller fra inklusjon til postoperativ kontroll for hele populasjonen ble undersøkt med paret t-test. Differansen mellom inklusjon og postoperativ kontroll ble kalkulert og forskjellen mellom gruppene ble undersøkt med uavhengig t-test.

**Resultater:** For hele studiepopulasjonen var det bedring i bekkenbunnkontraksjon, descensgrad og symptomer fra inklusjon til postoperativ kontroll, MOS: 2.1 (1.2) vs. 2.3 (1.2), POP-Q: 1.9 (1.2) vs. -1.9 (1.8), VAS: 57.2 (27.0) vs. 6.3 (16.1), alle  $p < 0.01$ . Endring for intervensjons- vs. kontrollgruppen fra inklusjon til postoperativ kontroll var: MOS: 0.4 vs. 0.1,  $p = 0.10$ , POP-Q: 3.7 cm vs. 3.8 cm,  $p = 0.70$  og VAS: 52.9 vs. 49.1,  $p = 0.45$ .

**Konklusjon:** Descenskirurgi bedret kontraksjonsevne og reduserte descensgrad og symptomer 6 måneder postoperativt, men preoperativ bekkenbunnstrening hadde ingen tilleggseffekt på funksjon, anatomi og symptomer.

### G2 Behandling av kvinner med dypt infiltrerende tarmendometriose – erfaringer fra discoid eksisjon og segmentreseksjon

Aas-Eng Kristine<sup>1,3</sup>, Langebrekke Anton<sup>1</sup>, Thaulow Thomas<sup>1</sup>, Wik Tom<sup>2</sup>, Lieng Marit<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Gynekologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål

<sup>2</sup>Gastrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål

<sup>3</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

**Bakgrunn** Valg av operativ teknikk ved kirurgisk behandling av kvinner dypt infiltrerende endometriose i tarm er omdiskutert. Tidligere har man hovedsakelig gjort shaving eller kolorektal segmentreseksjon (SR). Sistnevnte er et mer omfattende inngrep med økt risiko for komplikasjoner og temporær stomi. Ved discoid eksisjon (DE) fjernes endometrioseinfiltrat på tarm ved bruk av transanal ende-til-ende stiftmaskin. Størrelsen på infiltratet har betydning for hvilken kirurgisk teknikk man velger. Vi har undersøkt hvilke operasjonsmetoder som benyttes ved vår avdeling og postoperative komplikasjoner.

**Mål** Undersøke valg av operasjonsteknikk sett i relasjon til størrelse på tarminfiltratet og forekomst av postoperative komplikasjoner.

**Metode** Prospektiv studie. Alle kvinner som ble operert for tarmendometriose ved avdelingen i perioden 07.12.18 til 30.06.19 ble inkludert. Størrelse (volumet) på tarminfiltratet ble målt preoperativt med transvaginal ultralyd. Mann-Whitney test ble brukt for å sammenlikne størrelse på tarminfiltratet ved de forskjellige operasjonsteknikkene.

**Resultater** 36 kvinner ble operert med totalt 39 tarminngrep. Fire kvinner (10.3 %) gjennomgikk shaving, 19 (48.7 %) SR og 16

(41.0 %) DE. Det ble utført både DE og SR hos to kvinner. To kvinner fikk utført ileocøkal reseksjon. Median størrelse på tarm-infiltratene med antatt ellipsoide volumer var 7.5 cm<sup>3</sup> hos kvinner som gjennomgikk DE og 25.8 cm<sup>3</sup> ved SR (p=0.025). Det oppstod tre intervensjonskrevende komplikasjoner ved totalt 39 inngrep (7.7 %). To av 36 kvinner (5.6 %) fikk anlagt temporær stomi.

**Konklusjon** Discoid eksisjon er en ny operativ teknikk for behandling av dypt infiltrerende tarmendometriose. Tarminfiltratets størrelse kan ha betydning for valg av operasjonsteknikk ved tarmendometriose.

---

## G3 Hvordan går det med pasientene vi opererer for ovarielle endometriomer?

**Forfattere:** Ringen, Ingrid M<sup>1</sup>, Lonne-Hoffman, Risa<sup>1</sup>

**Tilhørighet:** <sup>1</sup>Kvinnelinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim.

**Bakgrunn:** Endometriomer i eggstokkene er assosiert med adherenser og avansert endometriose, og er en behandlingsmessig utfordring. Kirurgisk behandling reduserer ovarieell reserve og residiv er vanlig. Tradisjonelt opererte vi pasienter med fenestrasjon eller cyste-ekstirpasjon. I september 2014 innførte vi skånsom cysteekstripiasjon etter European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) guideline, til selekterte pasienter. Målet med studien var å undersøke pre operativ diagnose, residivfrekvens og fertilitet etter endometriosekirurgi.

**Metode:** Retrospektiv studie der vi gikk gjennom journalene til alle pasienter operert for endometriom ved St. Olavs Hospital i perioden januar 2010– mars 2018. Vi registrerte preoperativ diagnose, residiv, reoperasjon, paritet.

**Resultater:** Totalt ble 60 kvinner operert for endometriom, 44 med tradisjonell metode og 16 etter ESHRE guideline, hvorav henholdsvis 8 (18%) og 1 (6%) fikk residiv etter 1 år. Etter 5 år hadde 12 (27%) fått residiv ved tradisjonell metode. Gjennomsnittlig alder ved kirurgi var 33 år, og 19 (29%) av alle kvinnene har født barn etter kirurgi. Ved 18 (27 %) av operasjonene forelå annen pre operativ diagnose; vanligst var dermoid og malignitetsmistanke.

**Konklusjon:** Residivfrekvens ved 1 år for kirurgi etter ESHRE guidelines kan sammenliknes med internasjonale tall. Ca. 1/3 av kvinnene fødte barn etter kirurgi, men oppfølgingstiden var kort, og ikke alle hadde aktivt barneønske. Over 1/4 av pasientene hadde feil pre operativ diagnose. Her er et potensiale for bedre diagnostikk og operasjonsplanlegging

---

## G4 Bruk av fortløpende mothakesutur vs. avbrutt monofilament suturteknikk ved lukking av vaginaltoppen ved laparoskopisk total hysterektomi; en retrospektiv sammenligningsstudie mellom to sykehus i Norge.

**Forfattere:** Thorarinsdottir, Solveig<sup>1</sup>, Holmsen, Steinar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gynekologisk avdeling, Sykehuset Telemark

<sup>2</sup>Gynekologisk avdeling, Sykehuset Vestfold

**Bakgrunn:** Sykehuset i Telemark (STHF) og Sykehuset i Vestfold (SiV) utfører til sammen om lag 300 totale laparoskopiske hysterektomier (TLH) i året. SiV endret teknikk for lukking av vaginaltoppen ved TLH fra April 2018. Man gikk da bort fra bruk av kontinuerlig mothake sutur til avbrutte kryssuturer med monofilament tråd. STHF bruker kontinuerlig mothake suturteknikk. Målet med studien var å se om de ulike teknikkene har betydning for forekomsten av postoperative komplikasjoner, spesielt infeksjoner.

**Metode:** En retrospektiv studie ble gjennomført fra 18.04.18 til 30.06.19. Det ble gjort systematisk søk i operasjonsprotokoll og gjennomgang av elektronisk journal for alle pasienter som gjennomgikk TLH.

**Resultater:** Det ble utført 162 TLH ved STHF hvorav 80 var laparoskopiske (ikke robotassisterte) og 204 TLH ved SiV i det aktuelle tidsrommet. Resultatene fra studien er under utarbeidelse og blir ferdig til presentasjon i forbindelse med årsmøtet i Norsk Gynekologisk Forening oktober 2019.

## G5 General exercise training six weeks postpartum did not influence pelvic floor muscle function or pelvic floor dysfunction at 12 months postpartum: a prospective cohort study.

Authors: 1. Tennfjord, Merete K. <sup>1,2</sup> 2. Ellström Engh, Marie <sup>2,3</sup> 3. Kari Bo <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Norwegian School of Sport Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo, Norway

<sup>2</sup> Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Lørenskog, Norway

<sup>3</sup> University Faculty Division Akershus University of Oslo, Hospital, Oslo, Norway

Kontaktinformasjon: Merete Kolberg Tennfjord, Norwegian School of Sport Sciences, Department of Sports Medicine, Oslo, Norway. Akershus University Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Lørenskog, Norway, merete.kolberg@gmail.com

**Background:** There is scant knowledge whether early onset of postpartum general physical activity/ exercise training affect the pelvic floor muscles and increase the risk of SUI and POP.

**Aim:** To investigate how general exercise training six weeks postpartum impact on the PFM and symptoms of SUI and POP 12 months postpartum.

**Method:** In this prospective cohort study, at six weeks postpartum, 70 primiparous women characterised as regular exercisers ( $\geq 3$  times  $\geq 30$  min/week) were compared to 97 non-exercisers. Mean age 29 (SD 4.3). Twelve months postpartum vaginal resting pressure (VRP), PFM strength and PFM endurance were measured by vaginal manometer and symptoms of SUI and POP were assessed by questionnaire (ICIQ).

**Results:** Twelve months postpartum no differences were found between exercisers (n=70) and non-exercisers (n=97) performed six weeks postpartum on VRP (B: -0.04 (95%CI: -3.39, 2.07), PFM strength (B: 0.06, 95%CI: -3.66, 8.04), PFM endurance (B: 0.03, 95%CI: -39.17, 61.45) or symptoms of SUI (OR: 0.35, 95%CI: 0.41, 1.62) or POP (OR: 1.23, 95%CI: 0.29, 1.42). After adjusting the findings for possible covariates having SUI at mid-pregnancy and BMI  $>30$  were associated with increased risk of having SUI 12 months postpartum: OR=16.46, (95%CI: 2.62, 15.85) and OR=4.59, (95%CI: 1.11, 11.30), respectively. Having POP at mid-pregnancy was associated with increased risk of having POP 12 months postpartum (OR=10.16, 95%CI: 1.87, 13.83).

**Conclusion:** Starting regular, general exercise training six weeks postpartum does not negatively influence the PFM or PFD 12 months postpartum.

## G6 Endoanal, introital og transperineal ultralydundersøkelse av analsphincter: Hvilken metode er sterkest assosiert med analinkontinens?

Forfattere: Volloyhaug, Ingrid<sup>1,2</sup>, Taithongchai, Annika<sup>3</sup>, Arendsen, Linda<sup>3</sup>, van Gruting, Isabelle<sup>3</sup>, Sultan, Abdul<sup>3</sup>, Thakar, Rance<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kvinnekliviken St. Olavs Hospital, Trondheim, <sup>2</sup> Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU, Trondheim, <sup>3</sup> Pelvic Floor Unit, Croydon University Hospital, UK.

**Bakgrunn:** Obstetrisk analsphincterskade er en kjent risikofaktor for analinkontinens. Vi ville undersøke assosiasjonen mellom analinkontinens, trykk i analkanalen og persisterende defekt av analsphincter etter obstetrisk analsphincterskade

**Metode:** Tverrsnittstudie av 250 kvinner med obstetrisk analsphincterskade undersøkt 6-12 uker etter fødsel eller i neste svangerskap. 3D endoanal (EAUL), introital (IUL) og transperineal ultralyd (TPUL) diagnostiserte persisterende sphincterdefekt eller intakt sphincter. Prevalens av St.Marks skår  $>0$ , urgency/solid avføringslekkasje eller luft/løs avføringslekkasje og trykk i analkanalen ble sammenliknet mellom kvinner med defekt og intakt sphincter ( $X^2$  og Mann-Whitney U test).

**Resultat:** I gjennomsnitt 23 måneder etter analsphincterskade hadde flere med defekt enn intakt sphincter på EAUL analinkontines: St.Mark's skår  $>0$ : 38% vs. 18%, urgency/solid avføringslekkasje 29% vs. 12% og luft/løs avføringslekkasje 32% vs. 14%, alle  $p<0.01$ . Med TPUL hadde flere med defekt sphincter luft/løs avføringslekkasje: 37% vs. 14%,  $p<0.01$ . Ingen forskjeller ble funnet med IUL. Vi fant forskjell mellom defekt og intakt sphincter diagnostisert med EAUL, IUL og TPUL for gjennomsnittlig hviletrykk (mmHg): 48 (13) vs. 55 (14); 48 (12) vs. 56 (13); 50 (13) vs. 54 (14) og trykkøkning ved kontraksjon: 33 (17) vs. 49 (28); 37 (23) vs. 50 (28); 36 (18) vs. 50 (30), alle  $p<0.01$ .

**Konklusjon:** 2 år etter analsphincterskade var sphincterdefekt diagnostisert med EAUL sterkest assosiert med analinkontinens og tilsier at EAUL bør foretrekkes for diagnose av analsphincter. Alle ultralydmetoder viste lavere lukkettrykk ved sphincterdefekt. Flere kvinner utvikler lekkasje over tid, og mulig vil også IUL og TPUL kunne skille mellom kvinner med og uten analinkontinens etter lengre oppfølgingstid.

## G7 Forekomst av anal sphincter skader og assosiasjon med anal inkontinens i en urogynekologisk populasjon

Forfattere: Mathew S<sup>1,2</sup>, Nyhus MØ<sup>1,2</sup>, Salvesen KÅ<sup>1,2</sup>, Volloyhaug I<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup>Kvinneklivnikken, St Olavs hospital, Trondheim Universitetssykehus.

<sup>2</sup>Institutt for Klinisk og Molekylær Medisin, NTNU.

**Tilknytning:** Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital og NTNU

**Bakgrunn:** Kvinner med urogenital descens har ofte symptomer på analinkontinens. Målet var å undersøke forekomst av analsfinkterskade og analinkontinens blant kvinner som opereres for descens og undersøke assosiasjon mellom sfinkterskader og inkontinens.

**Metode:** Tverrsnittstudie blant 200 kvinner henvist til descenskirurgi ved St.Olavs Hospital i 2017-2018. Kvinnene svarte på spørreskjema (ja/nei) angående avførings- og luftinkontinens. Skade på indre (IAS) og eksterne analsfinkter (EAS) ble undersøkt med 3D/4D transperineal ultralyd, blindet for svar på spørreskjema. Mer enn 30° defekt i ≥ 4 av 6 tomografiske plan ble vurdert som signifikant skade. Vi testet assosiasjon mellom inkontinens og sfinkterskader med multipl logistisk regresjonsanalyse, justert for alder, paritet og BMI.

**Resultater:** Totalt 49/200 kvinner (25%) hadde sfinkterskade. 28 (7%) hadde isolert IAS og 35 (11%) isolert EAS skader. 14 (7%) hadde kombinert IAS/EAS skade. Henholdsvis 29 (15%) og 97 kvinner (49%) rapporterte avførings- og luftinkontinens. Blant kvinner med defekt vs. intakt IAS hadde 36% vs. 11% avføringsinkontinens, odds ratio (OR) 3,1 (95% CI 1,1-8,7), p=0,03 og 82% vs. 44% luftinkontinens, OR 4,9 (1,7-14,1), p=0,003. Blant kvinner med defekt vs. intakt EAS hadde 34% vs. 11% avføringsinkontinens, OR 3,2 (1,2-8,1), p=0,02 og 66% vs. 46% luftinkontinens OR 1,6 (0,7,3,6), p=0,30.

**Konklusjon:** En av fire kvinner med behandlingstrengende descens hadde en sfinkterskade. IAS skader var assosiert med luftlekkasje, mens EAS og IAS skader var assosiert med avføringsinkontinens. Høy forekomst av sfinkterskade og analinkontinens hos kvinner med descens gjør at man kan vurdere identifisering av kvinner med sfinkterskade preoperativt og muliggjøre behandling i samme seanse som descenskirugi.

## G8 Interimsanalyse i MoMaTEC2; justering av grenseverdier for hormonreseptorer

Forsse, David<sup>1,2</sup>, MoMaTEC-studiegruppen, Krakstad, Camilla<sup>1</sup>, Trovik, Jone<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen

<sup>2</sup> Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

**Bakgrunn:** Molecular Markers in Treatment of Endometrial Cancer (MoMaTEC)2 er en internasjonal fase 4 multisenterstudie for implementering av østrogenreseptor (ER) og progesteronreseptor (PR) som kliniske biomarkører. Forløperen MoMaTEC(1) viste tydelig assosiasjon mellom uttrykk av ER/PR i preoperativ biopsi og aggressiv kreftsykdom samt forekomst av lymfeknutemetastaser (LM). I MoMaTEC2 bestemmes ER/PR-forekomst immunhistokjemisk i preoperativ biopsi ved rutinelaboratorium og avgjør om pasienter med ellers lav risiko for avansert sykdom (basert på histologi og billeddata) skal tilbys lymfadenektomi (LA) ved primær-operasjon.

**Mål:** Ved interimsanalyse april 2019 å evaluere rutineanalyse av ER/PR i preoperativ biopsi som biomarkører i klinisk setting.

**Metode:** Gjennomgang av kliniske data fra MoMaTEC2. Reanalyse av en prospektiv endometriebiopsiserie. Vi sammenlignet den kliniske rutinemetoden for å fastsette negativ ER/PR-status (ER<1% eller PR<10%) med den forskningsspesifikke MoMaTEC(1)-metoden (StainingIndex).

**Resultater:** Fra oktober 2015 er 474 pasienter fra 11 sentra og 3 land inkludert. Totalt 205 pasienter ble definert som lavrisiko med komplette ER/PR-data. Hos ER/PR-positive (behandling: hysterektomi uten LA) ble LA utført hos 69/188, med funn av LM hos 12 pasienter (6%). Hos ER/PR-negative ble LA utført hos 10/17 og påvist LM hos 1 pasient (6%). Ved reanalyse av 117 preoperative biopsier ble ER/PR-negativitet korrekt klassifisert hos 93% ved ER/PR<30% som grenseverdi mot kun 60% ved ER<1% og PR<10% (p<0.001 McNemar test). Ved 30%-grense ville totalt 34 pasienter bli (re)klassifisert som ER/PR-negative og ville kunne fått identifisert 5 LM (15%).

**Konklusjon:** Vi implementerer nye grenseverdier på 30% for ER/PR i MoMaTEC2. Dette for å oppnå bedre pasientsikkerhet og sikre robuste lymfadenektomidata.

## G9 Hva er kunnskapsgrunnlaget for å gi testosteron til postmenopausale kvinner?

Johansen N<sup>1,2,\*</sup>, Liavaag AH<sup>1</sup>, Moen MH<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Avdeling for gynekologi og obstetikk, Sørlandet sykehus Arendal, Arendal

<sup>2</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Oslo

<sup>3</sup>Institutt for klinisk og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

\*Nåværende arbeidsplass: Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus, Oslo

**Bakgrunn:** De fleste kvinner opplever overgangsplager. Østrogenbehandling hjelper mot hetetokter, vaginal atrofi og søvnproblemer. Blant norske kvinner mellom 50–59 år plages 40% med redusert sexlyst. Østrogenbehandling bedrer ikke dette, og sexlyst kan være forbundet med testosteron. Man finner imidlertid ingen sammenheng mellom sexlyst og testosteronnivå. Tidligere studier har vist at peroral og intramuskulær testosteronbehandling bedrer seksualfunksjonen, men mange fikk høyt testosteronnivå og tablettbehandling medførte ugunstig lipidprofil. Testosteronet kan gis transdermalt for å unngå dette.

**Mål:** Gi en oversikt over nytte og bivirkninger av transdermal testosteronbehandling og forslag til framgangsmåte ved behandling.

**Metode:** Strukturt litteratursøk for å finne randomiserte kontrollerte studier om transdermal testosteronbehandling til postmenopausale kvinner med redusert sexlyst.

**Resultater:** Syv studier tilfredsstilte kriteriene, og resultatene i de syv studiene var omtrent de samme. Testosterongruppene fikk bedre sexlyst og opplevde flere tilfredsstillende seksuelle hendelser enn placebogruppene. Dette gjaldt kvinner etter naturlig og kirurgisk menopause (med eller uten østrogenbehandling). Det var en tendens til mer akne og hårvekst i testosterongruppene, men forskjellene var små. Testosterongruppene fikk høyere testosteronnivå, men ikke over normalområdet. Følgende framgangsmåte anbefales ved testosteronbehandling: 1. Optimaliser transdermal østrogenbehandling; 2. Mål testosteronnivået før oppstart; 3. «Mannlig testosteron» doseres i lavest mulig effektive dose; 4. Kontrollér bivirkninger og testosteronnivået etter 3–6 måneder, justér dosen om nødvendig; 5. Avslutt behandlingen dersom ingen effekt etter seks måneder.

**Konklusjon:** Transdermal testosteronbehandling kan bedre sexlivet hos postmenopausale kvinner med redusert sexlyst, og riktig dosering er forbundet med lite bivirkninger. Problemet er at det ikke finnes testosteronpreparater som er laget for kvinner.

## G10 Human Papillomavirus prevalence, persistence and genotypic distribution in pregnant women in Norway and Sweden

Værnesbranden, Magdalena R., MD<sup>1,2</sup>, Sjøborg, Katrine, MD, PhD<sup>1</sup>, Staff, Anne Cathrine, Professor, MD, PhD<sup>2,3</sup>, Wiik, Johanna, MD<sup>1,10</sup>, Haugen, Guttorm, Professor, MD, PhD<sup>2,3</sup>, Skjervén, Håvard O., MD, PhD<sup>2,6</sup>, Vettukattil, Riyas MBBS, PhD<sup>2,6</sup>, Carlsen, Kai-Håkon Professor emeritus, MD, PhD<sup>2,6</sup>, Lødrup Carlsen, Karin C., Professor, MD, PhD<sup>2,6</sup>, Rehbinden, Eva Maria, MD<sup>2,7</sup>, Nystrand, Camilla F., PhD<sup>5</sup>, Rangberg, Anbjørg, MSc<sup>5</sup>, Sandberg, Yvonne, MSc<sup>5</sup>, Aspelund Fatnes, Thea, MSc<sup>6</sup>, Nordlund, Björn, RN, PhD<sup>8,9</sup>, Hedlin, Gunilla Professor, MD, PhD<sup>8,9</sup>, Söderhäll, Cilla <sup>8,9</sup>, Jonassen, Christine M., Professor, PhD<sup>4,5</sup>

Department of Obstetrics and Gynecology, Østfold Hospital Trust, Grålum, Norway

University of Oslo, Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine, Oslo, Norway

Division of Obstetrics and Gynecology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Faculty of Chemistry, Biotechnology and Food Science, Norwegian University of Life Sciences, Ås, Norway

Center for Laboratory Medicine, Østfold Hospital Trust, Grålum, Norway

Division of Pediatric and Adolescent Medicine, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Department of Dermatology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Astrid Lindgren Children's Hospital, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

Department of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Department of Obstetrics and Gynaecology, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy, Gothenburg, Sweden.

**Background:** Human Papillomavirus (HPV) is one of the most common infections of the genital tract of women in their reproductive years. It is well established that High-Risk HPV (HR-HPV) causes, amongst others, cervical dysplasia and cancer. Little is known on HPV prevalence and persistence and what potential negative impact HPV infections might have during pregnancy.

**Method:** Pregnant women (N=778) in Norway and Sweden were enrolled to the HiPPiE study (Human Papillomavirus in PrEgnancy) at the time of the routine ultrasound scan at gestational week 16–22. First void urine samples were collected at inclusion and at delivery. Collected urine was analyzed for HPV and genotyped on extracted DNA using Seegene Anyplex II HPV 28 kit.

**Results:** Overall HPV and HR-HPV prevalence at mid-gestation was 38.8% (302/778)/24.2% (188/778) and at delivery 26.9% (209/778)/16.1% (125/778). Prevalence of overall HPV and HR-HPV at mid-gestation among women 30–49 years of age was 27% (211/778) and 15.9% (124/778), respectively, and thus higher than prevalence reported in non-pregnant populations for that age-group. HR-HPVs, also in multiple infections, had higher persistence at delivery compared to other HPVs. Strong HPV viral load at mid-gestation was associated with higher HPV persistence at delivery, most notably for HPV 16.

**Conclusions:** Prevalence of overall HPV and HR-HPV in pregnant women in Norway and Sweden is relatively high. The prevalence was higher than expected among women aged 30–49 years. Persistence of HPV infections at delivery was more common in women with strong viral loads at mid-gestation, most notably seen with HR-HPV.

## G11 Prevensjonsanbefalinger fra helsepersonell – Hvilke holdninger har norske prevensjonsforskrivere til langtidsvirkende prevensjon (LARC)?

Forfattere: Stauri, Ragne V. T. K.<sup>2</sup>, Hagemann, Cecilie T.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinnen, St. Olavs hospital HF, Trondheim

<sup>2</sup>Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

**Bakgrunn:** Helsedirektoratet har i senere år fremmet flere tiltak som skal redusere antallet uønskede svangerskap og aborter. Blant tiltakene er tilgjengeliggjøring og oppfordring til økt bruk av langtidsvirkende reversibel prevensjon (LARC). Studiens formål var å beskrive prevensjonsforskrivers holdninger til LARC, samt undersøke om holdninger, kunnskap, ferdigheter eller praktiske/materielle forhold kunne være en begrensende faktor i å forskrive LARC. I tillegg ville vi undersøke om Helsedirektoratets endrede politikk rundt LARC var kjent for forskriverne og undersøke ulikheter i forskrivningsmønsteret mellom ulike typer helsepersonell.

**Metode:** Studien var en deskriptiv tverrsnittstudie der helsepersonell med forskrivningsrett for prevensjon besvarte et web-spørreskjema.

**Resultater:** Totalt fullførte 105 av 408 (25,7 %) spørreskjemaet (41 fastleger, 25 gynekologer, 29 jordmødre og ti helsesøstre). Hele 20 % av deltagerne med forskrivningsrett for LARC oppga at manglende tid i konsultasjonen hadde forhindret dem i å forskrive LARC, og mangel på gynekologisk undersøkelsesutstyr ble trukket frem som et hinder for å tilby spiral på postpartum kontroll. To leger og syv ikke-leger mente spiral var uegnet til nullipara. Omtrent 25 % av gynekologene var uenig i at LARC bør være et førstevalg til 16-19-åringer. Halvparten av legene var uenige i at ikke-leger skal få rett til å forskrive prevensjon til kvinner under 16 år.

**Konklusjon:** Både praktiske forhold og feilaktige oppfatninger ser ut til å forhindre helsepersonell i å forskrive LARC. Resultatene i denne undersøkelsen tyder også på at det er yrkesvise forskjeller i holdninger til LARC, og at mange leger er skeptiske til at ikke-leger skal få utvidere fullmakter i prevensjonsarbeid.

## G12 Nedsatt lungefunksjon hos kvinner med polycystisk ovarie syndrom (PCOS)

Forfattere: Underdal, Maria O.<sup>1,2</sup>; Salvesen, Øyvind<sup>3</sup>; Henriksen, Anne H.<sup>4,5</sup>; Andersen, Marianne S.<sup>6</sup> and Vanky, Eszter<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup>Institutt for klinisk og molekylær medisin, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

<sup>2</sup>Kvinneklinnen, St. Olavs Hospital

<sup>3</sup>Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

<sup>4</sup>Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

<sup>5</sup>Klinikk for lunge- og arbeidsmedisin, St. Olavs Hospital,

<sup>6</sup>Department of Internal Medicine, Odense University Hospital, Danmark

**Bakgrunn:** PCOS diagnose er primært knyttet til reproduktive og metabolske forstyrrelser. Det er kjent at PCOS er også assosiert med sykdommer relatert til auto-immunitet. Økt forekomst av astma er rapportert hos kvinner med PCOS i epidemiologiske studier. Vi ønsket å undersøke astma-forekomsten hos norske kvinner med PCOS og sammenholde den med målt respirasjonsfunksjon.

**Mål: Legediagnostisert** astma, predikert FEV1%, predikert FVC%.

**Metode: Oppfølgingsstudie** av Pilot/PregMet studiene, hvor kvinner med PCOS var randomiserte til metformin eller placebo i svangerskapet. Deltakerne kom til oppfølging i gjennomsnitt 8 år etter fødsel. Undersøkelsen omfattet spørreskjema og klinisk undersøkelse, inkludert spirometri. Kvinnene med PCOS (N=145) ble matchet på alder og røykestatus med tre kontroller (N=435) fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT).

**Resultater: Kvinner** med PCOS (N=145) rapporterte mer legediagnostisert astma (19% vs 9%) og hadde lavere predikert FEV1 i % (93.7 vs 102.0) og predikert FVC i % (94.5 vs 103.7) ved spirometri enn kontroller (N=435) (alle p<0.01). I barneår var forekomsten av astma lik hos kvinner med PCOS og kontroller. I peripubertal alder (11-15 år) var insidensen av ny-diagnostisert astma hos kvinner med PCOS høyere enn hos kontroller (OR=8.4, p<0.01). Metformin-behandling sammenlignet med placebo i graviditet hadde ingen effekt på lungehelse ved oppfølging.

**Konklusjon:** Kvinner med PCOS viste et kombinert obstruktivt-restriktivt lungefunksjonsmønster sammenlignet med matchede kontroller. Økt kronisk inflammasjon, intrauterine forhold og endret vekstmønster i barne- og ungdomsår, tidligere pubertet hos kvinner som senere utvikler PCOS kan være mulige forklaringer.

## G13 Fødselsvekt etter assistert befruktning – en nordisk søskenstudie fra Committee of Nordic Assisted Reproductive Technology and Safety (CoNARTaS)

Westvik-Johari, Kjersti<sup>1,2</sup>, Romundstad, Liv-Bente<sup>3,4</sup>, Bergh, Christina<sup>5</sup>, Gissler, Mika<sup>6</sup>, Henningsen, Anna-Karina A<sup>7</sup>, Håberg, Siri E<sup>3</sup>, Wennerholm, Ulla-Britt<sup>5</sup>, Tiitinen, Aila<sup>8</sup>, Pinborg, Anja B<sup>7</sup>, Opdahl, Signe<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fertilitetsseksjonen, Kvinneklippen, St Olavs Hospital, Trondheim

<sup>2</sup> Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet, Trondheim

<sup>3</sup> Senter for fruktbarhet og helse, Folkehelseinstituttet, Oslo

<sup>4</sup> Spire fertilitetsklinikk, Trondheim

<sup>5</sup> Avd för obstetrik och gynekologi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, Sverige

<sup>6</sup> THL Institut för hälsa och välfärd, Helsingfors, Finland og Karolinska institutet, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Stockholm, Sverige

<sup>7</sup> Fertilitetskliniken, Rigshospitalet, København, Danmark

<sup>8</sup> Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Helsinki, Finland

**Bakgrunn:** Nedfrysing og opptining av embryo er nå standardbehandling ved overtallige embryo etter assistert befruktning (ART).

Studier tyder på at barn født etter fryseforsøk har høyere fødselsvekt og høyere andel LGA, mens barn fra ferskforsøk har lavere fødselsvekt og høyere andel SGA. Det har vært usikkert om disse forskjellene skyldes behandlingen eller faktorer hos foreldrene.

Vi studerte om ART påvirker fostervekst ved å sammenligne fødselsvekt mellom søsken født etter ferskforsøk, fryseforsøk og spontane svangerskap.

**Metode:** Prospektiv kohortstudie med landsdekkende registerdata fra Norge, Sverige og Danmark i perioden 1988–2015. Blant 96.885 barn født etter ART og 4.414.760 barn født etter spontan befruktning, sammenlignet vi fødselsvekt i 27.178 søskenflokker med ulike befruktningsmetoder i multivariate lineære og logistiske flernivåmodeller.

**Resultater:** Barn født etter fryseforsøk veide 73 gram mer enn sine spontant unnfangede søsken (95% konfidensintervall [KI] 59–87 gram) og 128 gram mer enn søsken fra ferskforsøk (95% KI 115–143). De hadde også høyere risiko for LGA (odds ratio [OR] 1,8, 95% KI 1,4–2,2), men uendret risiko for SGA (OR 0,9, 95% KI 0,7–1,1). Barn født etter ferskforsøk hadde høyere risiko for SGA (OR 1,3, 95% KI 1,1–1,5) sammenliknet med spontant unnfangede søsken.

**Konklusjon:** Barn født etter fryseforsøk har høyere fødselsvekt og økt risiko for LGA sammenliknet med søsken født etter både spontan befruktning og ferskforsøk. Etter ferskforsøk er risikoen for SGA høyere sammenliknet med søsken født etter både spontan befruktning og fryseforsøk.

Dette tyder på at fostervekst etter ART ikke utelukkende påvirkes av det subfertile parets helse, men at også behandlingen har betydning.

## G14 Endringer i fødsler og provoserte aborter i Nord-Norge etter 1980

Forfattere: Frøyen, Ingvild Lohne<sup>1</sup>, Steinholt, Margit<sup>1</sup>, Eskild, Anne<sup>2,3</sup>.

<sup>1</sup> Gynekologisk avdeling, Sandnessjøen sykehus.

<sup>2</sup> Kvinneklippen, Akershus universitetssykehus

<sup>3</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

**Bakgrunn:** Fødselstall i Norge er fallende. Er det en sammenheng med antall abort? Vi ønsket å se på Nord-Norge spesielt.

**Mål:** Undersøke endringer i fødsler og aborter etter 1980 i Nord-Norge sammenliknet med hele Norge.

**Metode:** Vi brukte fylkesvise data fra Statistisk sentralbyrå (www.ssb.no). Tallene er basert på rapportering til Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret.

**Resultater:** *Fødsler:* Antall fødsler i Nord-Norge har falt fra 6 313 i 1980 til 4 669 i 2017 (26% reduksjon). Den prosentvise reduksjonen var størst i Finnmark fylke (30%). Antall fødsler var høyest i 1990, og reduksjonen i Finnmark etter 1990 har vært nesten 50%. I Norge som helhet har totalt antall fødsler per år siden 1990 vært relativt stabilt. Reduksjonen i fødselsratene per 1000 kvinner fra 1980 til 2017 var i Nord-Norge fra 25,1/1000 til 19,1/1000 (24%) og i Norge som helhet fra 25,5/1000 til 21,6/1000 (15%).

*Aborter:* Antall aborter i Nord-Norge har falt fra 1333 i 1980 til 1333 i 2017 (31% reduksjon). Den prosentvise reduksjonen i antall aborter var størst i Nordland fylke (45%). I Norge som helhet har totalt antall aborter falt fra 13 532 til 12 380 (9% reduksjon). Reduksjonen i abortratene var i samme periode fra 18,6/1000 til 11,8/1000 i Nordland (37% reduksjon), 16,6/1000 til 13,5/1000 i Troms (19% reduksjon) og fra 25,2/1000 til 13,7/1000 i Finnmark (46% reduksjon). I landet som helhet falt abortratene fra 14,6/1000 til 10,6/1000 (27% reduksjon).

**Konklusjon:** Fødselsraten i Norge har falt betydelig fra 1980 til 2017. Fødselsraten har imidlertid falt mer i de tre nordligste fylkene enn i landet for øvrig. Det skyldes ikke økning i aborter. Grunnen til at antallet fødsler i Norge har holdt seg stabilt siden 1990, er den store innvandringen av kvinner som føder barn. En økning av antall kvinner som føder barn har ikke skjedd i Nord-Norge. Her har størrelsen av befolkningen vært relativt stabil.

## G15 Endret prosedyre for profylaktisk antibiotika etter seksuelt overgrep – var det forsvarlig?

Forfattere: Skavland, Signe-Elise H.<sup>1</sup>, Hagemann, Cecilie T.<sup>2,3</sup>, Nordbo, Svein A.<sup>4,3</sup>

<sup>1</sup>Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

<sup>2</sup>Kvinneklivnikken, St. Olavs hospital HF, Trondheim

<sup>3</sup>Institutt for klinisk og molekylær medisin (IKOM), Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

<sup>4</sup>Laboratoriemedisinsk klinikk, St. Olavs hospital HF, Trondheim

**Bakgrunn** Det er varierende rutiner for testing og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner mellom forskjellige overgrepsmottak. Fram til 2014 tilbød Overgrepsmottaket ved St. Olavs hospital rutinemessig antibiotikaprofylakse til alle pasienter som tok kontakt akutt. I oktober 2014 endret vi praksis til kun å tilby antibiotika til klamydia-positive pasienter, og pasientene ble i stedet tilbudt kontrolltesting etter 2-3 uker.

**Målet** med studien var å undersøke prevalensen av Chlamydia trachomatis (CT) og re-testingsraten før og etter rutineendringen i 2014. Overordnet mål var å undersøke om vi kunne forsvare denne praksisen.

**Metoder** Vi gjennomførte en retrospektiv, deskriptiv studie basert på journaldata fra kvinner  $\geq 12$  år som kontaktet Overgrepsmottaket ved St. Olavs hospital i perioden 2012-2017. Totalt 475 pasienter ble inkludert, der median alder var 21 år.

**Resultater** I alt 442 pasienter (207 før og 268 etter 2014) ble testet for CT ved første kontakt. Av disse var 40 pasienter (9 %) positive for CT, 24 av disse etter 2014. Alle disse 24 pasientene fikk antibiotikabehandling (doksycyklin eller azitromycin). Hele 92 % av pasientene var i kontakt med overgrepsmottaket i etterkant av akuttundersøkelsen, og 61 % ble retestet for CT etter 2014. Vi beregnet at ca. 100 pasienter måtte få antibiotikaprofylakse for å unngå én ubehandlet CT-infeksjon.

**Konklusjon** Forekomsten av CT var sammenliknbar med øvrig befolkning, og alle CT-positive etter 2014 ble nådd og fikk antibiotika. Dette kombinert med høy NNT taler derfor imot å tilby antibiotikaprofylakse til alle pasienter ved første kontakt og heller følge dem opp med re-testing.

## G16 Erstatningskrav fra kvinner med livmorhalskreft -en nasjonal studie over 12 år

Ravlo, Merethe<sup>1,2</sup>, Lieng, Marit<sup>3,4</sup>, Bukholm, Ida R.B.<sup>5,6</sup>, Moen, Mette H.<sup>1</sup>, Vanky, Eszter<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim, <sup>2</sup>Gynekologisk avdeling, St. Olavs Hospital, <sup>3</sup>Gynekologisk avdeling, Oslo Universitetssykehus, <sup>4</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, <sup>5</sup>Norsk pasientskadeerstatning, <sup>6</sup>Kirurgisk avdeling, Akershus Universitetssykehus

**Bakgrunn:** NPE får økende antall krav om erstatning fra kvinner med livmorhalskreft. Medholdsprosenten er høy. Vi har sett på erstatningssøknader fra denne pasientgruppen.

**Mål:** Primære endepunkt er type medisinske feil og når i behandlingkjeden feilen skjer. Sekundært endepunkt er konsekvenser av feilbehandling.

**Metode:** Retrospektiv, deskriptiv studie av erstatningskrav til NPE fra kvinner med livmorhalskreft i perioden 2007-2018.

**Resultater:** Vi analyserte medholds- og avslagssaker av anonymiserte sakkyndighetsvurderinger og resyme av aktuelle NPE-saker. 161 kvinner søkte erstatning for mulig feil i forbindelse med behandling av livmorhalskreft. 100 kvinner (62%) fikk medhold. Gjennomsnittsalder for alle erstatningssøkere var 37,5 år (range 20-72). Behov for screening-celleprøve (56%) og blødning/utfloed (30%) var hovedårsak til at kvinnene oppsøkte lege. Flest feil skjedde i vurdering av cytologiske og histologiske prøver (72%). Kun 2% av feilene skyldtes selve behandlingen og 12% skyldtes svikt i oppfølging. Konsekvenser av feilbehandling var forverret prognose (89%) og bivirkninger av behandling, som tap av fertilitet (43%), ovarialsvikt (50%) og permanent skade etter stråling og/eller kjemoterapi (27%). Gjennomsnittlig forsinkelse av diagnose var 28 måneder (range 2-120). Sju kvinner (7%) døde som følge av feilbehandlingen.

**Konklusjon:** Feil under utredning, spesielt feilvurdering av cytologiske og histologiske prøver, var vanligste årsak til behandlings-svikt. Svikten medførte forverret prognose, tap av fertilitet og andre behandlingsrelaterte bivirkninger. Økt kvaliteten på vurdering av patologiske prøver fra livmorhalsen kan redusere risikoen for livmorhalskreft og redusere risikoen for behandlingsrelaterte komplikasjoner.

# G17 Vekt (økning) er viktig! Utilstrekkelig vektøkning i hyperemesissvangerskap er assosiert med små-for-gestasjonsalder (SGA).

Meinich Tale<sup>1</sup>, Trovik Jone<sup>1,2</sup>

1 Klinisk institutt 2, Universitetet I Bergen, Bergen

2 Kvinneklivnikken, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

**Bakgrunn:** Maternell vekt er en sterk prediktor mhp barnets fødselsvekt. Lav vektøkning i første halvdel av svangerskap er postulert som uavhengig risikofaktor for dårlig utfall (SGA). Kvinner med Hyperemesis gravidarum (HG) taper ofte vekt i første trimester og har økt risiko for utilstrekkelig vektøkning.

**Mål:** Å undersøke om vektøkning tidlig i hyperemesissvangerskap (frem til 15-18uker) påvirket risiko for utilstrekkelig vektøkning og risiko for SGA.

**Metode:** Retrospektiv sykehuskohort (2002-2016) med kvinner innlagt med HG som gjennomførte svangerskap  $\geq 24$  uker. Maternelle vektdata (før/under svangerskap) samt kvinnen og barnets vekt ved fødsel ble innhentet fra Helsekort og sykehusjournaler. Pregravid-BMI ble kategorisert som undervektig ( $<18,5\text{kg/m}^2$ ), normalvektig ( $18,5\text{-}24,9$ ), overvekt ( $25\text{-}29,9$ ) eller fet ( $>30$ ). Total svangerskapsvektøkning ble klassifisert som utilstrekkelig (under minste antall kg angitt pr BMI-kategori;  $<12,5\text{kg}$ ,  $<11,5$ ,  $<7$  og  $<5$  respektivt) versus tilstrekkelig ( $\geq$  minimumsvektmål). Vektøkning i svangerskap ble kategorisert ihht. 3-ukersintervall. Ikke-gjenvunnet pregravid vekt ved kontroll 15 eller 18 uker ble definert som utilstrekkelig tidlig vektøkning.

**Resultater:** Totalt 782 kvinner med 747 enkeltfødsler var innlagt med HG, 32 kvinner var lavvektig, 442 normalvektig, 187 overvektig og 84 fete. I alt 324/708 kvinner (46%) hadde utilstrekkelig total vektøkning, 182/378 (48%) utilstrekkelig tidlig vektøkning mens 76/746 barn (10%) var SGA.

Initialt vekttap eller røking var ikke signifikante risikofaktorer mens utilstrekkelig tidlig vektøkning var uavhengig risikoassosiert med SGA med odds ratio 2,80 (95% konfidensintervall 1,17-6,68) justert for etnisitet, paritet, pregravid-BMI og total vektøkning.

**Konklusjon:** Vektøkning i tidlig hyperemesissvangerskap har betydning for svangerskapsutfall. Behandling ved hyperemesis bør sikre både tidlig reetablert pregravid vekt og videre adekvat vektøkning.

## ¶ Toviaz «Pfizer» Muskarinreseptorantagonist. ATC-nr.: G04B D11

DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver depottablett inneh.: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoffer... Fargestoff: ndigotin (E 132), titandioksid (E 171).

**Indikasjonjer:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med overaktiv blære.

**Dosering:** Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. Daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potent CYP 3A4-hemmer, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2-8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Nedsatt nyre- eller leverfunksjon under fravær og nærvær av moderate og potente CYP 3A4-hemmere: Dosejustering iht. Tabell ved nedsatt nyrefunksjon.

|                        |          | CYP 3A4-hemmer |            |                |
|------------------------|----------|----------------|------------|----------------|
|                        |          | Ingen          | Moderat    | Potent         |
| Nedsatt nyrefunksjon1  | Mild     | 4-8 mg         | 2-4 mg     | Bør unngås     |
|                        | Moderat  | 4-8 mg         | 4 mg       | Kontraindisert |
|                        | Alvorlig | 4 mg           | Bør unngås | Kontraindisert |
| Nedsatt leverfunksjon1 | Mild     | 4-8 mg         | 4 mg       | Bør unngås     |
|                        | Moderat  | 4 mg           | Bør unngås | Kontraindisert |

1 Mild GFR = 50-80 ml/minutt, moderat GFR = 30-50 ml/minutt, kraftig GFR = <30 ml/minutt.

2 Forsiktig doseøkning.

**Barn:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Ingen tilgjengelige data. Administrering: Skal svelges hele sammen med væske. Kan inntas uavhengig av måltid.

**Kontraindikasjonjer:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene, peanøtter eller soya. Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megakolon. Ukontrollert trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» C). Samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon (f.eks. klinisk signifikant forstørret prostata pga. benign prostatahyperplasi). Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroøsofagealrefluks og/eller samtidig bruk av legemidler som kan føre til eller forverre øsofagitt (f.eks. orale bisfosfonater), nedsatt gastrointestinal motilitet, autonom neuropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller opptrer hos pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktiv metabolitt: Nedsatt lever- og nyrefunksjon, samtidig administrering av potente CYP 3A4-hemmere, samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere. Ved kombinasjon av disse faktorene forventes ekstra økning i eksponeringen.

Doseavhengige antimuskariniske bivirkninger vil sannsynligvis oppstå. Individuell respons og toleranse bør evalueres før doseøkning til 8 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til overaktiv blære må utelukkes før behandling. Andre årsaker til hyppig vannlating (behandling av hjertesvikt eller nyresykdom) må vurderes før behandlingsstart. Ved forekomst av UVI må egnet behandling igangsettes. Angioødem er rapportert med fesoterodin, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Hvis angioødem forekommer, skal fesoterodin seponeres og egnet behandling igangsettes umiddelbart. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QT-forlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (f.eks. myokardial iskemi, arytmi, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskariniske eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiver, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalt terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mage-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks.fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, nefazodon, nefli avir, ritonavir (og alle ritonavir-forsterkede PI-regimer) saknavir og telitromycin). Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-induktorer (f.eks. karbamazepin, rifampicin, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger og dosereduksjon til 4 mg kan være nødvendig. Hos friske har fesoterodin 8 mg 1 gang daglig ingen signifikant effekt på farmakokinetikk eller antikoagulerende effekt av en enkelt dose warfarin.

**Graviditet/Amning:** Fertilitet: Ikke vurdert. Fesoterodin har ingen effekt på mannlige eller kvinnelige fertilitet eller andre effekter på reproduksjonsfunksjonen hos mus, eller på tidlig utvikling av embryo hos musefoster. Kvinner i fertil alder bør gjøre oppmerksom på manglende fertilitetsdata, og fesoterodin bør bare gis etter en individuell nytte-/risikovurdering. Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Gravide bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås.

**Bivirkninger:** Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ): Gastrointestinale: Munntørhet. Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Gastrointestinale: Abdominalsmerte, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Lufteveier: Tørr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørr øyne. Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ): Gastrointestinale: Abdominal ubehag, flatulens, gastroøsofagealrefluks. Hjerte/kar: Takykardi, palpasjoner. Hud: Utslett, tørr hud, kløe. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Lever/galle: Økning i ALAT og GGT. Lufteveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, søvnløshet. Nyre/urinveier: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinhesitasjon. Øre: Vertigo. Øye: Uklart syn. Øvrige: Utmattelse. Sjeldne ( $\geq 1/10000$  til  $< 1/10000$ ): Hud: Angioødem, urticaria. Psykiske: Forvirringstilstand. Etter markedsføring: Tilfeller av urinretensjon hvor kateterisering har vært nødvendig, vanligvis i løpet av den 1. behandlingssuken. Primært sett hos eldre mannlige pasienter ( $> 65$  år).

symtomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D11 side 65 d i Felleskatalogen 2012. Symptomatisk behandling: Ev. ventrikelsykling og medisinsk null.

Egenskaper: Klassifisering: Kompetitiv, spesifik muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolysert av uspesifikke plasmaesteraser til 5-hydroksymetylderivatet, dens primære aktive metabolitt, som er det dominante aktive farmakologiske prinsipp for fesoterodin. Absorpsjon: Maks. plasmanivå nås etter ca. 5 timer. Terapeutiske plasmanivåer oppnås etter 1. administrering. Proteinbinding: Aktiv metabolitt er ca. 50% bundet til albumin og alfa-1-surt glykoprotein. Fordeling: Distribusjonsvolum: 169 liter etter iv. administrering. Halveringstid: Terminal halveringstid for aktiv metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktiv metabolitt. Gjennomsnittlig Cmax og AUC for aktiv metabolitt, øker opptil h.v. 1.7 ganger og 2 ganger hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme. Utskillelse: Ca. 70% urin og 7% feces. Levermetabolisme og nyreutskillelse bidrar i betydelig grad til å utskille den aktive metabolitten.

Pakninger og priser: 4 mg: 28 stk. (blister) kr. 352,80. 84 stk. (blister) kr. 973,40. 8 mg: 28 stk. (blister) kr. 370,20. 84 stk. (blister) kr. 1025,50.

Refusjon: 1G04B D11. 1. Fesoterodin.

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

Refusjonskode: ICPC Vilkår nr. ICD Vilkår nr.

U04 Urininkontinens - N39.4 Annen spesifisert urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 14.09.2017

# DOKUMENTERT EFFEKT VED OAB<sup>1,2,3</sup>

## Forbedring av OAB symptomer<sup>1,2,3</sup>



### Toviaz® (fesoterodin)

Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos voksne pasienter med overaktiv blære



### Må man.... så må man!

Plutselig innsettende og intens vannlatingstrang samt ufrivillig urinlekkasje eller urininkontinens er de mest dominerende faktorer ved OAB\*\*\*\*. Både Toviaz® (fesoterodin) 4 og 8 mg kan gi en signifikant forbedring i forhold til placebo<sup>2,3</sup>

Færre UUI\* episoder<sup>(2\*\*)</sup>

-80%

Reduksjon av urge-episoder<sup>(3\*\*\*)</sup>

-45,5%

\*\* Med Toviaz® 4 mg og Toviaz® 8 mg vs placebo ved uke 12  
\*\*\* Med Toviaz® 8 mg vs placebo og tolterodin ER 4mg ved uke 12

\*UUI = Urinary Urge Incontinence

\*\*\*\*OAB = Overactive Bladder,

1. SpC, pkt 5.1

2. Chapple C, Schneider T, Haab F et al. Superiority of fesoterodine 8 mg vs 4 mg in reducing urgency urinary incontinence episodes in patients with overactive bladder: results of the randomised, double-blind, placebo-controlled EIGHT trial. BJU Int. 2014;114:418-26.

3. Kaplan SA, Schneider T, Foote JE et al. Superior efficacy of fesoterodine over tolterodine extended release with rapid onset: a prospective, head-to-head, placebo-controlled trial BJU Int. 2010;107:1432-1440.



Pierre Fabre

### Viktig sikkerhetsinformasjon

**Bivirkninger:** Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ): Munntørhet. Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Abdominalmerter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Tørr hals. Svimmelhet, hodepine. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet. Øye: Tørre øyne.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor virkestoffet, peanøtter eller soya eller overfor hjelpestoffene. Urinretensjon, ventrikelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig ulcerøs kolitt, toksisk megakolon. Alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child Pugh C). Samtidig bruk av potent CYP3A4-hemmere hos pasienter med moderat til kraftig nedsatt lever eller nyrefunksjon.

**Advarsler og forsiktighetsregler** - TOVIAZ bør brukes med forsiktighet hos pasienter med: Betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon. Ved obstruktiv sykdom i mage-tarmkanalen. Organiske årsaker til overaktiv blære må utelukkes før behandling. Angioødem er rapportert med fesoterodin, og har i noen tilfeller oppstått etter 1. dose. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QTforlengelse. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet.

**Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaper kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger.

 **Toviaz®**  
fesoterodin fumarat

# FRIE FOREDRAG

## Obstetrikk

### 01 Obstetric analgesia differ by maternal country of birth - a register study

Waldum, Åsa H. PhD-student/RM <sup>1</sup>. Jacobsen, Anne E. MD, PhD, Professor <sup>1,2</sup>. Lukasse, Mirjam. RM, PhD, Professor <sup>3</sup>. Staff, Annetine. MD, PhD, Professor <sup>1,2</sup>. Falk, Ragnhild S. MSc, PhD<sup>4</sup>. Sørbye, Ingvil K. MD, PhD <sup>1</sup>

Oslo University Hospital, Division of Obstetrics and Gynaecology <sup>1</sup>

University of Oslo <sup>2</sup>

Oslo Metropolitan University <sup>3</sup>

Oslo Centre for Biostatistics and Epidemiology, Oslo University Hospital<sup>4</sup>

**Background:** The provision of obstetric analgesia is ideally a shared decision between the woman and her health care provider. However, maternal characteristics could affect decision making and thus access to pain relief. We compared the provision of obstetric analgesia in Norway according to maternal country of birth in vaginal deliveries.

**Outcome measure:** Obstetric analgesia defined as epidural/spinal or pudendal analgesia.

**Materials and methods:** We performed a nation-wide linked register study of 757 510 live singleton vaginal deliveries in Norway between 2000 and 2015. Maternal country of birth was categorized according to the Global Burden of Disease framework. The adjusted odds ratio (aOR) of analgesia were compared in regression models stratified by parity and delivery mode.

**Results:** Compared to Norwegian-born women, primiparous women from Sub-Saharan Africa and East Asia/Pacific were 20-25% less likely to get analgesia, whereas Latin America/Caribbean women were twice as likely. In multiparous women, all groups, except Latin America/Caribbean women, were less likely to get analgesia compared to Norwegian-born women. In instrumental deliveries, Sub-Saharan African women were the least likely to get analgesia in both primiparous (aOR 0.74, 95% CI 0.66-0.84) and multiparous (aOR 0.51, 95% CI 0.43-0.60) women, whereas Latin American/Caribbean women of any parity were the group most likely to get analgesia.

**Conclusions:** Maternal country of birth was associated with the likelihood of getting obstetric analgesia in Norway. Care should be taken to assure that equity in access to obstetric analgesia is a reality for all women living in Norway.

### 02 Hvordan opplever nylig migrerte kvinner svangerskaps-omsorgen og fødselshjelpen? – preliminnære funn fra MIPREG studien

Forfattere: Bains, Sukhjeet<sup>1</sup>, Lindskog, Benedikte V.<sup>2</sup>, Sørbye, Ingvil K.<sup>1</sup>, Sundby, Johanne<sup>3</sup>, Vangen, Siri<sup>1</sup>, Skråning, Susanne<sup>1</sup>, Diep, Lien M.<sup>4</sup>, Owe, Kathrine<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Nasjonalt kompetansetjeneste for kvinnehelse, Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

<sup>2</sup>OsloMet, Storbyuniversitetet

<sup>3</sup>Universitetet i Oslo

<sup>4</sup>Oslo universitetssykehuset

<sup>5</sup>Folkehelseinstituttet

**Bakgrunn:** Tidligere forskning viser økt risiko for uønskede maternelle og neonatale utfall i undergrupper av migranter. Språkforskjeller, helseinformasjonsforståelse, strukturelle barrierer og psykososial stressor kan være medvirkende årsaker. Målet med studien er å avdekke områder med potensiale for forbedring ved å kartlegge innvandrerkvinnens opplevelse av svangerskaps- og fødselsomsorgen i Oslo.

**Metode:** MIPREG-studien er et pågående, tverrfaglig forskningsprosjekt med kvalitative og kvantitative arbeidspakker. I denne kvantitative arbeidspakken brukte vi et spørreskjema som omfatter sosio-økonomiske forhold, migrasjon, medisinske komplikasjoner, bruk av tolk, helseinformasjonsforståelse og tilgang til prevensjon og psykisk helsehjelp.

Kvinner født i lav- eller mellominntektsland med botid ≤ 5 år i Norge ble intervjuet ansikt-til-ansikt på deres morsmål ved utskrivelse fra barsel på OUS (Rikshospitalet og Ullevål) og AHUS i januar-juni 2019.

**Resultat:** Vi inkluderte 215 kvinner fra 53 ulike land og gjennomsnittsbortid på 2,8 år. Median svangerskapslengde ved førstegangs kontakt med helsepersonell var 10 uker. 38,6% (83) ønsket å benytte seg av tilbud fra helsevesenet som de ikke fikk benyttet. 12,6% (27) oppga strukturelle barrierer, 23,3% (50) oppga språkbarriere og 43,7% (94) oppga at manglende informasjon om tilbudene hindret dem

i å benytte seg av tilbud fra helsevesenet. 96,3% (207) var fornøyd med helsehjelpen under svangerskapet, tilsvarende 97,9% (210) under fødsel og 98,1% (211) etter fødsel.

**Konklusjon:** Foreløpige resultater viser at de fleste kvinnene er fornøyd med helsehjelpen men en stor andel mangler informasjon om de ulike helsetilbudene som tilbys som en del av svangerskaps- og fødselsomsorgen. Resultatene fra MIPREG-studien vil kunne brukes til å tilrettelegge for spesialisert helsehjelp for risikogrupper.

---

## 03 Fører deinfibulering før fødsel til færre keisersnitt?

Taraldsen, Sølvi<sup>1</sup>, Vangen, Siri<sup>1,2</sup>, Øian, Pål<sup>3</sup>, Sørbye, Ingvil K.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for kvinnehelse, Oslo Universitetssykehus

<sup>2</sup> Universitetet i Oslo

<sup>3</sup> Kvinneklubben, Universitetssykehuset i Nord-Norge

<sup>4</sup> Fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus

**Bakgrunn:** Kunnskap om betydning av omskjæring for fødselsutfall er begrenset. Det gjelder også effekt av åpning (deinfibulering) ved omskjæring type 3 (infibulering). Spesielt mangler kunnskap om hvorvidt tidspunkt for deinfibulering – før graviditet, i svangerskapet eller under fødsel – har effekt på keisersnitt og andre fødselsutfall.

**Mål:** Å undersøke risiko for keisersnitt utfra omskjæringsstatus og tidspunkt for deinfibulering hos somaliske førstegangs fødende kvinner.

**Metode:** En retrospektiv kohortstudie. Alle somaliske førstegangs fødende kvinner i Helse Sør Øst fra 1990 til 2014 ble person-identifisert av MFR og data innhentet ved gjennomgang av journaler. Deltakende sykehus var Sykehuset Innlandet, Sørlandet sykehus, Ahus og OUS, som til sammen hadde 1667 av 2383 registrerte fødsler. 1504 kvinner ble inkludert.

**Resultater:** I alt 78,3% av kvinnene var omskåret, 58,9% med infibulering. Total keisersnittsrate var 28% og 92,1% av inngrepene var akutte. Sammenliknet med ikke-omskårede hadde infibulerte kvinner lavere risiko for keisersnitt (OR 0,49, p=0,01).

Kvinner som ble deinfibulert før fødsel hadde økt keisersnittrisiko sammenliknet med de som ikke ble det (OR 1,65, p=0,00).

Ved differensiering mellom før og i svangerskapet var keisersnittrisiko ved åpning før svangerskapet økt (OR 1,58, p=0,01) mens for åpning i svangerskapet var forskjellen ikke statistisk signifikant (OR 1,57, p=0,08).

**Konklusjon:** Høy forekomst av akutt keisersnitt ser ikke ut til å ha sammenheng med omskjæring. Førstegangs fødende somaliske kvinner bør anses som en høyrisikogrupper uansett omskjæringsstatus. Deinfibulering før fødsel er assosiert med økt risiko for keisersnitt. Gravide kan anbefales åpning under fødsel.

---

## 04 Predisponerende faktorer for tidlig og sen preeklampsi

Sande, Anne K.<sup>1,2</sup>, Torkildsen, Erik A.<sup>1,2</sup>, Sande, Ragnar K.<sup>1,2</sup>, Danielsson, Kim C.<sup>2,3</sup>, Morken, Nils H.<sup>2,3</sup>.

<sup>1</sup> Kvinneklubben, Stavanger universitetssykehus, Stavanger.

<sup>2</sup> Klinisk institutt 2, Universitet i Bergen.

<sup>3</sup> Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus, Bergen.

**Bakgrunn:** Vi har tidligere funnet at allergi, hypertensjon og diabetes type 1 i større grad disponerer for tidlig enn for sen preeklampsi. Det er ikke kjent om andre predisponerende tilstander har en differensiert effekt på risiko for henholdsvis tidlig og sen preeklampsi.

**Mål:** Å undersøke om type 2 diabetes, reumatoid artritt, kronisk nyresykdom, astma og epilepsi øker risikoen mer for tidlig enn for sen preeklampsi.

**Metode:** Vi benyttet Medisinsk fødselsregister (1999–2016) for å se hvordan type 2 diabetes, reumatoid artritt, kronisk nyresykdom, astma og epilepsi påvirker risiko for henholdsvis tidlig og sen preeklampsi. Vi brukte logistisk regresjon til å relatere de ulike risikofaktorene til utvikling av tidlig og sen preeklampsi, og korrigerte for mors alder og paritet.

**Resultater:** Vi registrerte 1.081.511 svangerskap, hvorav 33.579 (3,36%) hadde sen preeklampsi og 5076 (0,51%) hadde tidlig preeklampsi. Tre av de predisponerende faktorene var assosiert med økt risiko for både tidlig og sen preeklampsi, med en signifikant større effekt på risiko for tidlig preeklampsi: Type 2 diabetes (Odds Ratio (OR) 1,49, 95% konfidensintervall (KI) 1,08–2,05), Reumatoid artritt (OR 1,83, 95% KI 1,25–2,68) og kronisk nyresykdom (OR 1,50, 95% KI 1,02–2,22). Astma og epilepsi var assosiert med økt risiko for både tidlig og sen preeklampsi, uten signifikant forskjell mellom effekten på tidlig og sen preeklampsi.

**Konklusjon:** Alle predisponerende faktorer der vi fant en signifikant effekt økte risikoen for tidlig preeklampsi mer enn risikoen for sen preeklampsi.

## 05 Revised two-stage model of preeclampsia: how does it fit with risk factors?

Authors: Anne Cathrine Staff<sup>a,b</sup> and Christopher Redman<sup>c</sup>

### Affiliations:

<sup>a</sup> Division of Obstetrics and Gynaecology, Oslo University Hospital, Norway

<sup>b</sup> Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

<sup>c</sup> Department of Obstetric Medicine, University of Oxford, Oxford, UK

Early-onset pre-eclampsia links to poor placentation and fetal growth restriction, whereas maternal factors have been suggested to cause late-onset pre-eclampsia (PE). As an alternative model, we have suggested that both early- and late-onset PE result from placental dysfunction (Stage 1) prior to development of its clinical signs (Stage 2), but that the causes of placental malperfusion and its timing in pregnancy differ [1, 2].

We have suggested that late-onset PE, with little or no evidence of poor placentation, may be secondary to an intraplacental cause of placental malperfusion. This is due to the growing placenta reaching its size limit, resulting in secondary malperfusion and a hypoxic placenta. The latter pathway reflects what is seen in postmature or multiple pregnancies, where the placenta size may restrict intervillous perfusion.

The risk factors for PE fit well with this revised model, including primiparity, chronic prepregnancy disease (e.g. obesity, renal, diabetic, chronic hypertensive, and autoimmune disease), high maternal age, and pregnancy risk factors (multiples, moles, gestational diabetes or hypertension, low circulating PIGF, assisted reproduction therapies). The revised model predicts that these factors may increase the stage 2 PE risk by affecting one or both pathways leading to the first stage (placental dysfunction), as well as potentially accelerating the steps towards the second stage of the disease (new-onset hypertension and proteinuria or other PE signs), including priming the maternal systemic endothelium for placenta-shed stress factors.

1. Redman CW, Sargent IL, Staff AC. Placenta. 2014.

2. Redman CW, Staff AC. Am J Obstet Gynecol. 2015.

## 06 Blodprøvetaking ante- og postpartum ved preeklampsi – en kritisk gjennomgang av praksis ved OUS-Ullevål.

Forfattere: Ruud, Synne G.<sup>1</sup>, Jacobsen, Anne E.<sup>1,2</sup>, Sugulle, Meryam<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

<sup>2</sup>Fødeavdelingen, Oslo Universitetssykehus (OUS), Ullevål

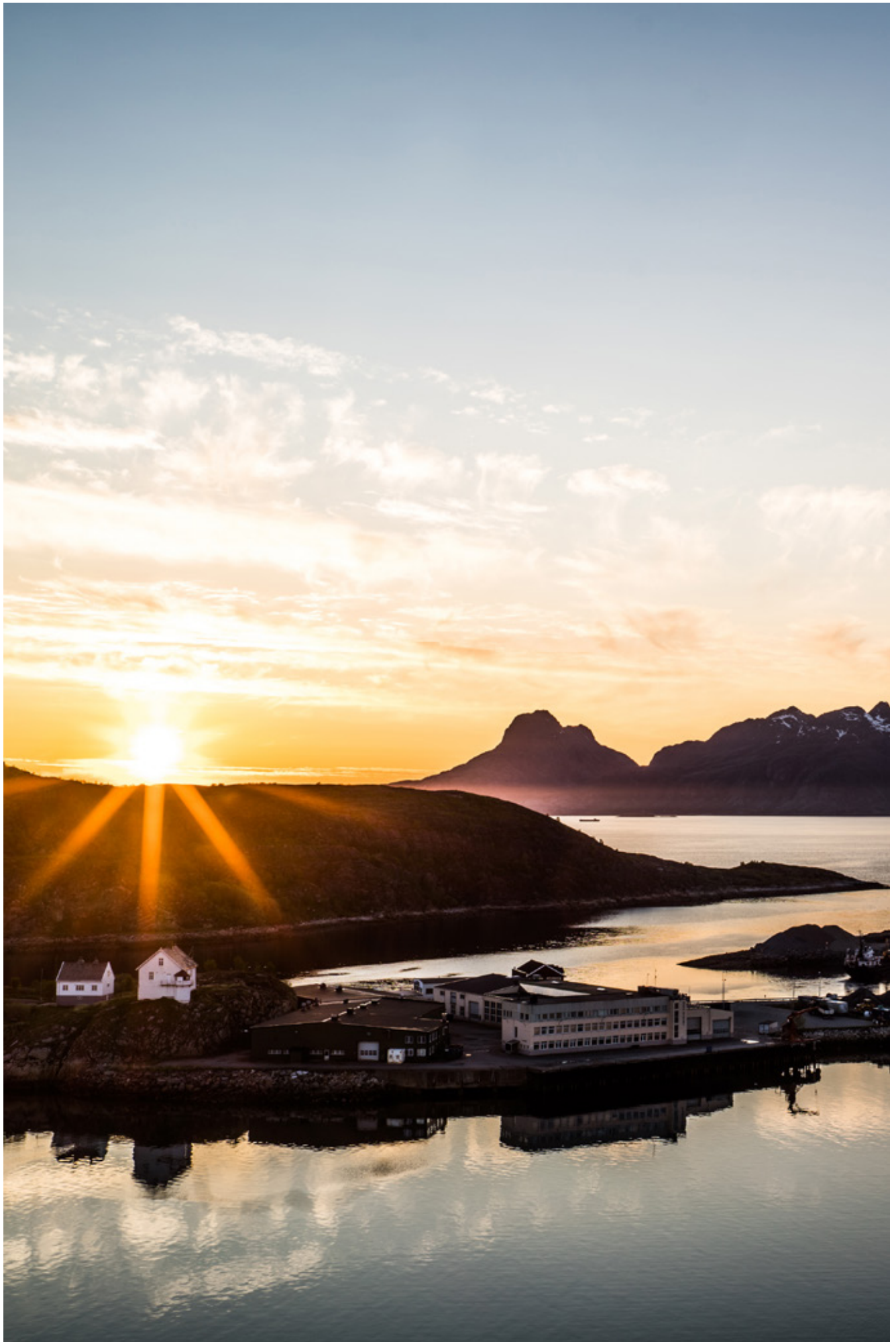
**Bakgrunn:** Internasjonale retningslinjer for overvåking av preeklampsi varierer i stor grad. Det samme gjelder anbefalinger vedrørende hyppigheten av blodprøvetaking. Norske retningslinjer problematiserer ikke dette temaet. Klinisk presentasjon, alvorlighetsgrad og progresjon av sykdommen vil påvirke klinikerens beslutning om hvilke blodprøver som tas og hvor hyppig de gjentas.

**Mål:** Kartlegge blodprøvetakingspraksis ved preeklampsiovervåking ved Norges største fødeavdeling, OUS-Ullevål.

**Metode:** Publiserte kliniske retningslinjer for preeklampsiovervåking ble gjennomgått (Internasjonale fagorganisasjoner samt WHO). En prospektiv observasjonsstudie over 75 dager ble gjennomført. Ante- og postpartum blodprøvetaking hos kvinner innlagt med klinisk mistanke om preeklampsi ble registrert. Helseøkonomiske kostnader ble beregnet basert på faktiske laboratoriekostnader innhentet fra Institutt for medisinsk biokjemi, OUS.

**Resultater:** Av 8 nasjonale og 2 internasjonale retningslinjer, var det bare National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guideline som hadde anbefalinger for ante- og postpartum maternell blodprøvetaking, med hyppighet og ulike blodprøve-panel. Vi inkluderte 42 kvinner med totalt 430 blodprøver. Vi registrerte 68 ulike paneler av biokjemiske parametere. Av disse inneholdt 38 platetelling, leverenzym og kreatinin. Forskjell i kostnader var 56 680 NOK ved sammenligning av faktiske laboratoriekostnader og stipulerte kostnader basert på anbefalinger fra NICE guideline.

**Konklusjon:** Vi observerte ulik praksis, både i frekvens av blodprøvetaking og inkluderte biokjemiske parametere. Forskjeller i klinisk presentasjon rettferdiggjør individualisert overvåking av biokjemiske parametere. På tross av dette kan det stilles spørsmålstegn ved bruken av gjentakende testing, spesielt postpartum, både med hensyn til individuell belastning for de berørte kvinner og av helseøkonomiske hensyn.



Midnattsol

## 07 Induksjon av fødsel i Norge: Resultater fra Induksjonsprosjektet 2018

Sørbye, Ingvil K<sup>1</sup>, Oppegard, Kevin S<sup>2</sup>, Jacobsen, Anne F<sup>1</sup> og Induksjonsprosjektet 2018.

<sup>1</sup>Fødeavdelingen, Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus

<sup>2</sup>Klinikk Hammerfest, Helse Finnmark

**Bakgrunn:** Forekomsten av igangsetting av fødsel i Norge er økende. Kvinner som ikke har født før representerer en særlig utfordring. Formålet med denne pilotstudien var å kartlegge praksis for igangsetting i Norge samt helseutfall for mor og barn blant kvinner uten tidligere vaginal fødsel.

**Mål:** Kartlegge hovedindikasjoner for induksjon, metoder i bruk og assosiert forekomst av keisersnitt.

**Metode:** Prospektiv pilot kohortstudie av igangsetting av fødsel blant kvinner uten tidligere vaginal fødsel (Robson grupper 2,5, 6-8 og 10) ved 21 fødeenheter i Norge 1.september -31.desember 2018. Data ble rapportert via nettskjema. Risiko for keisersnitt ble beregnet i Robson grupper og justert for Bishop score, mors alder og sykehusstørrelse.

**Resultater:** 1818 kvinner ble inkludert. Hyppigste indikasjon for induksjon var for tidlig vannavgang (19.3%), overtidig svangerskap (18.5%) og hypertensive svangerskapskomplikasjoner (14.7%). Over 40 ulike kombinasjoner av induksjonsmetoder ble anvendt, hvorav de hyppigste var misoprostol alene (19.6%), ballong-misoprostol (16.8%) og ballong-amniotomi (7.8%). I Robson gruppe 2 ble 21.9% forløst med keisersnitt, mens andelen var 40.3% i Robson gruppe 5. Keisersnittfrekvensen varierte mellom avdelingene ( $p < 0.001$ ). Hyppigste indikasjoner for keisersnitt var truende fosterasfyksi (31.6%), forlenget 1.stadium (25.5%) og mislykket induksjon (23.7%). 9% av alle keisersnitt ble utført som grad 1. Ballongkateter ga en ikke-signifikant økt risiko for keisersnitt blant kvinner med Bishop score  $< 5$ , sammenlignet med metoder uten ballongkateter (OR 1.35, 95% CI 0.89-2.04) mens misoprostol vaginalinnlegg ikke var assosiert med økt risiko.

**Konklusjon:** Det foreligger stor variasjon i induksjonspraksis i Norge. Dagens praksis er trygg, men ressurskrevende. Kan vi indusere flere utenfor sykehus i fremtiden?

## 08 Er avvik fra retningslinjene hyppigere hos barn som dør etter setefødsel til termin, enn hos barn som ikke dør? - en audit av fødselsforløp hos kasus og kontroller.

Bjellmo S<sup>1,5</sup>, Hjelle S<sup>1</sup>, Krebs L<sup>3</sup>, Magnussen E<sup>3,5</sup>, Vik T<sup>4,5</sup>.

<sup>1</sup>Kvinneklinikken, Helse Møre og Romsdal, Ålesund sjukehus, Ålesund. <sup>2</sup>Gynækologisk Obstetrisk afdeling, Holbæk Sygehus, Danmark og Universitet i København. <sup>3</sup>Kvinneklinikken, St Olavs hospital, Trondheim <sup>4</sup>Institutt for klinisk og molekylær medisin, Trondheim. <sup>5</sup>Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim.

**Bakgrunn:** Vi har tidligere rapportert at barn født til termin i seteleie hadde høyere dødelighet enn barn i hodeleie. Vi kunne i den registerbaserte studien ikke besvare om avvik fra norske retningslinjer forekom oftere hos de barna som døde. Vi presenterte på foreningens årsmøte i 2018 preliminnære resultater for barna som døde.

**Mål:** Undersøke om avvik fra norske retningslinjer for setefødsler til termin er vanligere der barnet dør enn der det overlever.

**Metode:** Enkeltfødte i seteleie til termin uten medfødte misdannelser født 1999-2015 er inkludert. For hvert barn som døde under fødselen eller i nyfødtperioden valgte vi to kontrollbarn, født samme år, ved samme «fødestitusjon». Fødejournalene til disse ble gjennomgått av fire obstetrikere som uavhengig vurderte om fødslene var i hht retningslinjene, og om dødsfallene i kasus gruppen kunne vært unngått ved planlagt keisersnitt.

**Resultat:** 22 kasus og 31 kontroller tilfredstilte inklusjonskriteriene. Tre i kasus og to i kontrollgruppen var uplanlagte hjemmefødsler, mens alle fødslene på sykehus fulgte retningslinjene. Svangerskapsomsorg og/eller håndtering av fødselen ble vurdert som suboptimal i syv kasus (37%) og to (7%) kontroller ( $p=0.020$ ). Etter eksklusjon av planlagte keisersnitt vurderte man at 12 (75%) av de resterende 16 dødsfallene kunne vært unngått. Syv av de 16 forløsningene var assosiert med navlesnorsprolaps eller vanskelig forløsning av hodet.

**Konklusjon:** Alle fødslene på sykehus i kasus og kontroll-gruppen var i tråd med norske retningslinjer. Syv av 12 mulige unngåtte dødsfall var assosiert med fødselskomplikasjoner relatert til seteforløsning, og suboptimal håndtering var mer vanlig i kasus enn i kontroll-gruppen.

## 09 Ekstremt prematur fødsel: Hvordan går det med mor og barn i aktuelt og neste svangerskap?

Forfattere: Jacobsen Hilde D.<sup>1</sup>, Jacobsen, Anne E.<sup>1,2</sup>, Sugulle, Meryam<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo,

<sup>2</sup>Fødeavdelingen, Oslo Universitets sykehus (OUS), Ullevål

**Bakgrunn:** Ekstremt prematur fødsel, før svangerskapsuke 28, utgjør en stor helserisiko for både mor og den nyfødte. I en stor andel av disse fødslene utføres keisersnitt.

**Mål:** Kartlegge forløsningsmetode og mors komplikasjoner ved ekstrem prematur fødsel, samt forløsningsmetode og komplikasjoner i første påfølgende graviditet.

**Metode:** Retrospektiv gjennomgang av pasientjournaler fra Oslo universitetssykehus (OUS) med ICD-10 kodene «O60.: For tidlig start av fødselsarbeid med for tidlig fødsel» eller «O60.3: For tidlig fødsel uten spontan start av fødselsarbeid» fra 2010–2015. Kvinner som fødte på OUS mellom gestasjonsuke 23+0 og 28+0 i perioden ble inkludert. Observasjonsperioden for første påfølgende svangerskap ble forlenget til 31.12.2017.

**Resultater:** 304 ekstremt premature fødsler (indeks svangerskap) ble identifisert. Keisersnitt var vanligste forløsningsmetode (58,2%). Årsaken til ekstremt prematur fødsel forble ukjent i 53,0% av tilfellene, etterfulgt av iatrogen fødsel pga. preeklampsi (21,0%) og chorioamnionitt (18,4%).

Av kvinnene med en påfølgende fødsel (n=69), opplevde 33,3% en ny prematur fødsel (<37 uker), men bare 5,8% (n=4) opplevde en ny ekstremt prematur fødsel. Frekvensen av keisersnitt og vaginal fødsel var tilnærmet lik (henholdsvis 46,4% og 43,5%).

**Alvorlig** post partum blødning (>1000 ml) forekom i 10% av indeks svangerskapene. Det var ett tilfelle av invasiv placenta og ingen uterusruptur i gruppen kvinner med en påfølgende graviditet.

**Konklusjon:** Alvorlige maternelle komplikasjoner var sjeldne i både indeks- og første påfølgende svangerskap. Til tross for at keisersnitt var den dominerende forløsningsmetoden i indeks svangerskapet, var frekvensen av keisersnitt og vaginal fødsel tilnærmet lik i første påfølgende svangerskap.

## 010 Kan ultralyd brukes til å måle placentavolum i pågående svangerskap? En valideringstudie av ultralyd ved bruk av magnetisk resonans (MR) som gullstandard.

Forfattere: Sagberg, Karianne<sup>1</sup>, Sommerfeldt, Silje<sup>1,3</sup>, Gjesdal, Kjell I.<sup>2</sup>, Higgins, Lucy<sup>4</sup>, Borthne, Arne<sup>2</sup>, Eskild, Anne<sup>1,3</sup>, Hillestad, Vigdis<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Kvinneklinikk, Akershus universitetssykehus

<sup>2</sup>Bilddiagnostisk avdeling, Akershus universitetssykehus

<sup>3</sup>Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

<sup>4</sup>Maternal and Fetal Health Research Centre, Institute of Human Development, University of Manchester, United Kingdom

**Bakgrunn:** Avvikende placentavekt har blitt assosiert med uheldige svangerskapsutfall. Å kunne måle placentas størrelse i pågående svangerskap kan derfor potensielt diagnostisere risikosvangerskap. Flere ultralydmetoder har blitt brukt til å måle placentas volum i pågående svangerskap. Imidlertid har ingen studert hvor valide disse metodene er.

**Mål:** Å validere to- og tredimensjonal (2D, 3D) ultralyd som metode for å måle placentavolum. Vi brukte placentavolum målt med MR som gullstandard.

**Metode:** Vi undersøkte placentaer hos 104 tilfeldig utvalgte gravide med 2D- og 3D-ultralyd og MR i svangerskapsuke 27 (variasjonsbredde 25<sup>+</sup>–28<sup>+</sup>). For 2D-ultralyd målte vi lengde, bredde og tykkelse av placenta og regnet ut volumet basert på formelen for en ellipse. For volumberegning ved 3D-ultralyd ble bildeopptakene analysert offline ved hjelp av Virtual Organ Computer-aided AnaLysis (VOCAL) 30°-teknikk. Ved MR ble det gjort bildeopptak med 5 millimeter tykke snitt gjennom hele livmoren. Placentas omriss ble tegnet manuelt i hvert snitt og volumet ble beregnet basert på snitt-tykkelsen. Vi sammenliknet gjennomsnittsvolum og studerte også korrelasjon og samsvar mellom ultralydmetodene og MR ved å bruke intraclass correlation coefficient (ICC) og Bland Altman plot.

**Resultater:** Gjennomsnittlig placentavolum var mindre målt med 2D-ultralyd (423 kubikkcentimeter (cm<sup>3</sup>), variasjonsbredde 167–735cm<sup>3</sup>) og 3D-ultralyd (380cm<sup>3</sup>, variasjonsbredde 223–597cm<sup>3</sup>) sammenliknet med MR (536cm<sup>3</sup>, variasjonsbredde 323–999cm<sup>3</sup>). 2D- og 3D-ultralydmål av placentavolum viste relativ lav korrelasjon med placentavolum målt med MR, ICC var henholdsvis 0.38 (95 CI 0.21–0.54, p<0.000) og 0.46 (95 CI 0.29–0.60, p<0.0001).

**Konklusjon:** 2D- og 3D-ultralyd er foreløpig ikke gode nok metoder for å måle placentavolum i svangerskapsuke 27.

## 011 Betydningen av svangerskapsdiabetes på komplikasjoner og utkomme i svangerskap hos kvinner med polycystisk ovarial syndrom

Fougner, Stine<sup>1,2</sup>; Vanky Eszter I<sup>2,3</sup>; Løvvik, Tone S<sup>2,3</sup>; Carlsen, Sven M<sup>1,2</sup>

1: Avdeling for endokrinologi, Medisinsk klinikk, St. Olavs hospital, Trondheim

2: Avdeling for klinisk og Molekylær medisin, NTNU, Trondheim

3: Kvinneklinnen, St. Olavs hospital, Trondheim

**Bakgrunn:** Både svangerskapsdiabetes og polycystisk ovarialsyndrom (PCOS) er assosiert med økt forekomst av svangerskaps- og fødselskomplikasjoner som preeklampsi og for tidlig fødsel, og fødsel av store barn. Kvinner med PCOS har økt forekomst av svangerskapsdiabetes.

**Mål:** Å undersøke hvorvidt samtidig forekomst av svangerskapsdiabetes blant kvinner med PCOS er assosiert med økt forekomst av komplikasjoner i svangerskapet. Samtidig undersøke forekomst av svangerskapsdiabetes utfra ulike definisjoner (WHO 1999, WHO 2013 og norske retningslinjer à 2017).

**Metode:** Post-hoc analyse av tre prospektive, randomiserte, dobbelt blindete studier (Pilot-, PregMet 1- og PregMet 2- studien) av gravide kvinner med PCOS. 722 av totalt 791 kvinner ble inkludert i studien. I alle tre studier ble kvinnene randomisert til metformin/ placebo fra første trimester til fødsel. De ble undersøkt mtp svangerskapsdiabetes ved flere tidspunkter i studien.

**Resultater:** Vi fant ingen forskjell i forekomst av hypertensive svangerskapskomplikasjoner hos kvinner med og uten svangerskapsdiabetes ( $p=0.09$  /  $p=0.27$ ). Svangerskapsdiabetes, diagnostisert i første trimester, er assosiert med økt forekomst av senabort ( $p=0.003$ ). Barnets fødselsvekt, korrigert for gestasjonsalder, var ikke assosiert med svangerskapsdiabetes ( $p=0.16$ ), men med mors BMI før graviditeten ( $p>0.001$ ). Bruk av metformin påvirket ikke utkommet, hverken for mor eller barn.

Ifølge WHO 1999 kriterier hadde 28.3 % av kvinnene svangerskapsdiabetes, mens henholdsvis 41.2% og 27.2% etter WHO2013 og de norske 2017 kriteriene.

**Konklusjon:** Svangerskapskomplikasjoner hos kvinner med PCOS synes å oppstå uavhengig om de utvikler svangerskapsdiabetes eller ei.

## 012 Flere risikogravide – endringer i forekomst av risikofaktorer for uheldige svangerskapsutfall

Forfattere: Eskild, Anne<sup>1,2</sup> Skaug, Irene<sup>3</sup>, Grytten, Jostein<sup>1,3</sup>.

<sup>1</sup> Kvinneklinnen, Akershus universitetssykehus

<sup>2</sup> Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

<sup>3</sup> Institutt for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo

**Bakgrunn:** Svangerskaps- og fødselsomsorgen er det største forebyggende helseprogrammet i Norge, med antakelig minst 700 000 pasientkonsultasjoner årlig. For å kunne forebygge uheldige svangerskapsutfall, er forekomsten og den geografiske fordelingen av risikofaktorer blant gravide i Norge av stor betydning for helsepersonell arbeidsmengde og kompetansekrav.

**Mål:** Undersøke endringer i forekomst av risikofaktorer blant gravide i Norge; andel førstegangs fødende, andel >30 år, andel med pre-gravid kroppsmasseindeks (KMI) >25, andel med rapportert sykdom i graviditeten og andel gravide som ikke selv er født i Norge.

**Metode:** Vi brukte data fra Medisinsk fødselsregister koplet til det Sentrale personregisteret og inkluderte alle fødende kvinner i årene 1980-2015.

**Resultater:** Andelen førstegangs fødende har vært relativt stabil siden 1980, 40-45 %. Andelen fødende over 30 år har økt fra 20% til 46%. Også andelen med rapportert sykdom i graviditeten har økt, fra 8% til 21%. Andelen gravide med pre-gravid KMI > 25 er rundt 25%. Mye tyder på at det har vært en økning siden 2008 da rapporteringen av KMI tok til.

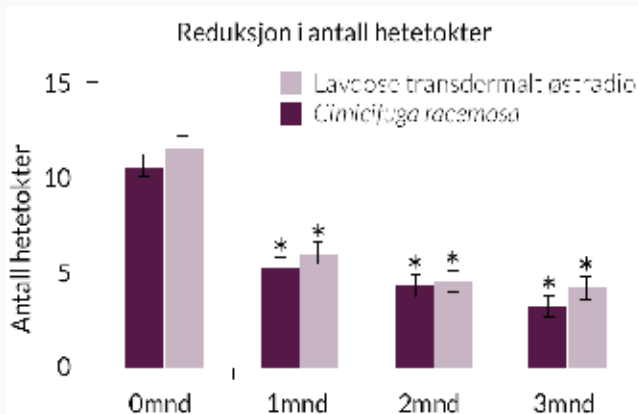
**Andelen** fødende kvinner som ikke er født i Norge har økt fra 3% i 1980 til 25% i 2015. Den høyeste andelen er på det sentrale Østlandet med 30-40%.

**Konklusjon:** Mye tyder på at det har vært en vesentlig økning av risikosvangerskap. Vi trenger bedre og mer detaljert kunnskap om endringer og fordeling av risikofaktorer i svangerskapet, særlig i forekomst av ulike typer kroniske sykdommer. Det er mulig at vi i større grad enn i dag trenger å samle, bygge opp og viderebringe kunnskap om behandling av gravide kvinner med ulike typer kroniske sykdommer.

# Remifemin®

## Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter og svetting

Opptil 80 % av kvinner i klimakteriet opplever hetetokter og svette<sup>1,2</sup>. Mange av disse kvinnene kan eller ønsker ikke å motta hormonbehandling for plagene sine. Remifemin (*Cimicifuga racemosa*) er uten østrogen, og gir en effektiv og trygg behandling av plager i klimakteriet<sup>4</sup>.



**Figur:** Antall hetetokter per dag hos kvinner behandlet med *Cimicifuga racemosa*. I en prospektiv studie ble 64 kvinner (45 – 55 år) med plager i overgangsalder (inkl hetetokter) behandlet med enten *Cimicifuga racemosa* eller lavdose transdermalt østradiol (TTSE2) i 3 måneder. Egenrapportering ble brukt for å måle antall hetetokter. Figuren viser gjennomsnittlig antall hetetokter ± standard avvik, \* = p<0,001 versus studiestart. Figuren er modifisert fra Nappi et al<sup>5</sup>. av Sana Pharma Medical



### Godt dokumentert effekt og sikkerhet

De siste 15 årene er det utført mer enn 29 kliniske studier<sup>3</sup> der mer enn 12 000 pasienter har deltatt<sup>1</sup>. Remifemin gir god lindring og sikkerheten er godt dokumentert<sup>4,5</sup>.

 Fås på alle apotek

#### Remifemin

Middel mot overgangsalderplager.

**Reseptfritt legemiddel.** Tabletter, 2,5 mg: Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av rotstokk av klaseormedue (*Cimicifuga racemosa*) 2,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. Dosering: 1 tablett 2 ganger daglig (morgen og kveld). De første effektene sees tidligst etter 2 ukers behandling. Det anbefales å bruke preparatet i flere måneder, men ikke >6 måneder uten medisinsk tilsyn. **Administrering:** Tas med eller uten mat, og med rikelig væske. Bør svelges hele. Skal ikke suges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet utvises ved eksisterende/tidligere leversykdom. Ved tegn og symptomer på leverskade (tretthet, appetittapp, gulning av hud og øyne, kraftige øvre magesmerter med kvalme, brekninger, mørk urin) skal preparatet seponeres. Ved vaginalblødning eller nye/uklare symptomer bør lege kontaktes. Skal ikke kombineres med østrogen uten etter samråd med lege. Pasienter som er behandlet eller undergår behandling for brystkreft eller andre hormonavhengige tumorer, skal ikke bruke preparatet uten medisinsk tilsyn. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Ingen rapporterte. **Graviditet, amming og fertilitet:** I fravær av tilstrekkelig data anbefales ikke bruk under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Tilfeller av levertoksitet (inkl. hepatitt, gulsott, forstyrrelser av leverfunksjonstester) er rapportert ved bruk av preparater som inneholder *Cimicifuga*. Hudreaksjoner (urticaria, kløe, eksantem), ansiktsødem, perifer ødem, gastrointestinale symptomer (f.eks. dyspeptiske forstyrrelser, diaré) og vektøkning er rapportert i sjeldne tilfeller. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** Klassifisering: Plantebasert legemiddel. **Virkningsmekanisme:** Ukjent. Kliniske data motviser systemisk østrogenagonistisk virkningsmekanisme. Det er ikke sett effekt på hormonelle parametere (LH, FSH, østradiol og prolaktin), i tetthet av bryst, proliferering av brystepitel eller endometriell tykkelse. Pakning: 100 stk., blisterpakning. **Sist endret:** 24.03.2015

**Referanser:** 1. WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. World Health Organ Tech Rep Ser. 1996;866:1–107. 2. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: A comprehensive review. Health Qual Life Outcomes. 2005;3:47. 3. Henneicke-von Zepelin, HH. Wien Med Wochenschr (2017) 167: 147. 4. Briese V, Stammwitz U, Friede M. Black cohosh with or without St. John's wort for symptom-specific climacteric treatment. Maturitas 57 (2007) 405–414. 5. Nappi R, Malavasi B, Brundu B. Efficacy of *Cimicifuga racemosa* on climacteric complaints: A randomized study versus low-dose transdermal estradiol. Gynecological Endocrinology, January 2005; 20(1): 30–35.

# Årsberetning 2018

## Norsk gynekologisk forening

Styret har bestått av Nils-Halvdan Morken (leder), Stine Andreassen (nestleder), Kirsten Hald (vitenskapelig sekretær), Hans Kristian Opøien (kasserer), Yngvild Hannestad (styremedlem, PSL), Anders Einum (sekretær, FUGO). Varamedlemmer i 2018 har vært: Ane Bergquist (FUGO), Maren Baumann (PSL) og Frida Andræ.

Foreningen hadde 1154 ordinære medlemmer per desember 2018. I tillegg har NGF 11 assosiert medlemmer. NGF vokser i antall medlemmer også i 2018. Totalt var vi 781 kvinner (68%) og 373 menn (32%). 26% (302) av våre medlemmer var ikke ferdige spesialister. Her var fordelingen mellom kjønnene 89% kvinner og 11% menn. Foreningen har 190 PSL-medlemmer som utgjør 16,5 % av de totalt 1154 ordinære medlemmene.

Balanse mellom kjønnene i vårt fag synes å være tapt, men det kan være aktuelt å vurdere aktiv rekruttering av menn for å sikre at faget favner begge kjønn også i fremtiden. Bidrag fra begge kjønn i vårt fag oppfatter styret som viktig. Det er interessant å merke seg at internasjonalt, ifølge tall fra FIGO, er vår forening å regne blant de større nasjonale foreninger i forhold til antall medlemmer. Vi har således en viktig stemme som vi bør og skal benytte nasjonalt og internasjonalt.

### STYREMØTER

Det har vært avholdt seks styremøter: fire i Oslo (februar, april, august og oktober-ifm årsmøtet), ett i Odense ifm NFOG kongressen og ett i Bergen. Gynekologens redaktør og nettredaktør har begge møterett og har deltatt på flere møter.

### BEHANDLEDE SAKER OG ANNET ARBEID I STYRET OG FORENINGEN

Det har vært behandlet totalt 21 nye saker i tillegg til ikke ferdigbehandlede saker fra 2017.

Styret fikk på vårparten på plass ny redaktør for veileder i obstetikk og har via Legeforeningens Kvalitetsfond skaffet finansiering for arbeidet som i all hovedsak vil foregå i 2019. Likeledes har styret på initiativ fra nettredaktøren søkt og fått midler fra kvalitetsfondet til oppgradering og skifte av applikasjonsløsninger for våre veiledere. Vi startet i vårt første møte i februar samarbeid med Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i helse Nord. Dette har senere resultert i publisering av to helseatlas i

vårt fagområde. Styret har etter anmodning fra Riksrevisjonen forespurt et medlem som var villig til å stille som referanseperson i revisjonens arbeid.

Styret lyktes i løpet av høsten 2018 å rekrutterer en liten gruppe av kolleger som skulle arbeide med momenter fra NGF til Legeforeningens Gjør kloke valg kampanje. Første utkast ble levert Legeforeningen innen utgangen av året. Under årsmøtet 2018 ble det utført en liten undersøkelse om etiske dilemmaer i vårt fag. Dette var initiert etter henvendelse fra Rådet for legeetikk i Legeforeningen. Resultatene fra denne undersøkelsen ble oversendt Legeforeningen sentralt ved slutten av året. I løpet av høsten 2018 kom abortsaken nok en gang på den nasjonal dagsorden. Ved utgangen av 2018 var en eventuell endring i abortloven fortsatt usikker.

### NGF SOM HØRINGSINSTANS

Styret mottok 46 høringer i 2018. Samtlige ble vurdert og 16 ble vurdert som relevant og ble besvart. Av de viktigste kan nevnes Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen, Læringsmål for de kliniske fagene i del 1 i ny spesialistutdanning, samt Veileder i vurdering av leger i spesialisering. Det er verdt å merke seg at etter «metoo» har både Legeforeningen sentralt og departementet forsøkt å adressere problemer som kom opp. Styret tar dette som et tegn på at det nytter!

### NGF ÅRSMØTE, OSLO

Dette var uten tvil årets høydepunkt for foreningen. Årets arrangør var Kvinneklinikken ved Oslo Universitetssykehus. Møtet talte omlag 280 deltakere og inneholdt et solid faglig program med flere rike diskusjoner og et strålende sosialt arrangement ved lokal organisasjonskomite. Møtet var også godt besøkt av industrien. Styret har uten unntak mottatt positive tilbakemeldinger. Årsmøtet endte med økonomisk overskudd, hvilket kommer godt med i regnskapet.

### NGF VED NASJONALE OG INTERNASJONALE MØTER

Leder deltok ved Legeforeningens ledersamling i Oslo i midten av januar. Leder og vitenskapelig sekretær deltok i slutten av januar i møte med Helsedirektoratet som omhandlet samtaler for videre samarbeid.

Kasserer representerte NGF (mars 2018) i møte med helseminister Høie vedrørende pågående diskusjon om tidlig hjemreise

fra barselavdelingene. Oppfølging til dette var muntlig høring i Stortingets helsekomite i april om barselomsorgen der også NGF var representert ved kasserer.

Anne Flem Jacobsen (ifa medlem og senere leder for redaksjonskomiteen i veileder og medlem i kvalitetsutvalget) var i mars 2018 på oppdrag fra styret i NGF i møte med Helsedirektoratet vedrørende asymptomatisk bakteriuri. Etter dette møtet var det enighet om å sette ned en arbeidsgruppe der NGF ville være representert. Bjørn Backe ble forespurt og takket ja. Ved utgangen av 2018 hadde det fortsatt ikke skjedd noe med tanke på initiativ fra Helsedirektoratet.

Hele styret deltok ved NFOG kongressen i Odense i juni 2018. Leder representerte NGF ved FIGO kongressen (med samtidig generalforsamling) i Rio de Janeiro i oktober. På denne kongressen stod NFOG for 2 egne sesjoner der Jørg Kessler representerte NGF med innlegg om keisersnitt. Styret var i november represen-

tert i møte med Folkehelseinstituttet for å diskutere problemstillinger rundt maternell vaksinasjon mot kikhoste.

## NGF OG MEDIA

Styret har gjennom hele 2018 hatt regelmessig kontakt med journalister knyttet til ulike saker. Interessen for foreningen tok seg betraktelig opp i forbindelse med at abortsaken kom på agendaen. Vi har besvart henvendelser etter beste evne. Det kan nevnes at vi 9. november publiserte et innlegg i NRK Ytring under tittelen «La abortloven være!».

Styret håper å ha representert fag og forening på en god og verdig måte i 2018.

*På vegnet av styret i NGF*

*Nils-Halvdan Morken*

*Leder*

## Aktivitetsregnskap

Norsk Gynekologisk Forening

| Anskaffede midler                                         | Note           | 2018             | 2017             |
|-----------------------------------------------------------|----------------|------------------|------------------|
| Medlemsinntekter                                          |                | 0                | 283 487          |
| Kontingenter DNLF                                         | 4              | 1 147 496        | 654 777          |
| Tilskudd                                                  | 4              | 165 525          | 93 609           |
| <b>Sum anskaffede midler</b>                              |                | <b>1 313 021</b> | <b>1 031 873</b> |
| <b>Aktivitet som oppfyller formålet</b>                   |                |                  |                  |
| Kursinntekter                                             | 5              | 535 400          | 577 150          |
| <b>Sum aktivitet som oppfyller formålet</b>               |                | <b>535 400</b>   | <b>577 150</b>   |
| <b>Aktivitet som skaper inntekter</b>                     |                |                  |                  |
| Annonser                                                  | 5              | 603 800          | 424 000          |
| Standleie                                                 | 5              | 630 900          | 637 000          |
| <b>Sum aktiviteter som skaper inntekter</b>               |                | <b>1 234 700</b> | <b>1 061 000</b> |
| Finansinntekter                                           | 2              | 13 218           | 72 339           |
| <b>Sum anskaffede midler</b>                              | <b>10</b>      | <b>3 096 340</b> | <b>2 742 362</b> |
| <b>Forbrukte midler</b>                                   |                |                  |                  |
| <b>Kostnader til formålet</b>                             |                |                  |                  |
| Produksjonskostnader tidsskrift                           |                | 409 600          | 429 800          |
| Kurs og konferanser                                       |                | 1 262 695        | 1 244 936        |
| Internasjonalt arbeid                                     |                | 621 149          | 504 109          |
| Faglig arbeid                                             |                | 224 890          | 298 045          |
| <b>Sum kostnader til formålet</b>                         | <b>2, 3, 7</b> | <b>2 518 334</b> | <b>2 476 889</b> |
| Administrasjonskostnader                                  | 2, 3, 7        | 87 284           | 362 649          |
| <b>Sum forbrukte midler</b>                               | <b>2, 10</b>   | <b>2 605 617</b> | <b>2 839 538</b> |
| <b>Årets aktivitetsresultat</b>                           |                | <b>490 722</b>   | <b>-97 176</b>   |
| <b>Overføringer til/fra formålkapital (egenkapitalen)</b> |                |                  |                  |
| Avsatt til/fra fri formålkapital                          |                | 490 722          | -97 176          |
| <b>Sum overføringer</b>                                   | <b>6</b>       | <b>490 722</b>   | <b>-97 176</b>   |

## Balanse

Norsk Gynekologisk Forening

| Eiendeler                         | Note | 2018             | 2017             |
|-----------------------------------|------|------------------|------------------|
| <b>Fordringer</b>                 |      |                  |                  |
| Kundefordringer                   |      | 140 325          | 5 661            |
| Andre kortsiktige fordringer      |      | 1 366 900        | 316 250          |
| <b>Sum fordringer</b>             |      | <b>1 507 225</b> | <b>351 911</b>   |
| Bankinnskudd, kontanter o.l.      | 9    | 2 325 481        | 1 804 470        |
| <b>Sum omløpsmidler</b>           |      | <b>3 832 706</b> | <b>2 156 381</b> |
| <b>Sum eiendeler</b>              |      | <b>3 832 706</b> | <b>2 156 381</b> |
| <b>Formålkapital og gjeld</b>     |      |                  |                  |
| <b>Formålkapital</b>              |      |                  |                  |
| Fri formålkapital                 | 6    | 2 152 508        | 1 661 787        |
| <b>Sum opptjent formålkapital</b> |      | <b>2 152 508</b> | <b>1 661 787</b> |
| <b>Gjeld</b>                      |      |                  |                  |
| Kortsiktig gjeld                  |      |                  |                  |
| Leverandørgjeld                   |      | 495 987          | 90 140           |
| Skyldig offentlige avgifter       |      | 21 370           | 103 314          |
| Annen kortsiktig gjeld            | 8    | 1 163 040        | 301 139          |
| <b>Sum kortsiktig gjeld</b>       |      | <b>1 680 398</b> | <b>494 594</b>   |
| <b>Sum formålkapital og gjeld</b> |      | <b>3 832 706</b> | <b>2 156 381</b> |

Oslø, 03.07.2019  
Styret i Norsk Gynekologisk Forening

Nils-Halvdan Morken  
styreleder

Stine Andreassen  
nestleder

Hans Kristian Oppe  
kasserer

Kirsten Hald  
styremedlem

Yngvild Skårum Hennestad  
styremedlem

Anders Einum  
styremedlem

## UAVHENGIG REVISORS BERETNING FOR 2018

Til medlemmene i Norsk Gynekologisk Forening

### Uttalelse om revisjonen av årsregnskapet

#### Konklusjon

Vi har revidert Norsk Gynekologisk Forenings årsregnskap som viser et overskudd på kr 490 722. Årsregnskapet består av balanse per 31. desember 2018 og resultatregnskap for regnskapsåret avsluttet per denne datoen og noter til årsregnskapet, herunder et sammendrag av viktige regnskapsprinsipper.

Etter vår mening er det medfølgende årsregnskapet avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av foreningens finansielle stilling per 31. desember 2018, og av dets resultater for regnskapsåret avsluttet per denne datoen i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge.

#### Grunnlag for konklusjonen

Vi har gjennomført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder de internasjonale revisjonsstandardene (ISA-ene). Våre oppgaver og plikter i henhold til disse standardene er beskrevet i «Revisors oppgaver og plikter ved revisjon av årsregnskapet». Vi er uavhengige av foreningen slik det kreves i lov og forskrift, og har overholdt våre øvrige etiske forpliktelser i samsvar med disse kravene. Etter vår oppfatning er innhentet revisjonsbevis tilstrekkelig og hensiktsmessig som grunnlag for vår konklusjon.

#### Styrets ansvar for årsregnskapet

Styret (ledelsen) er ansvarlig for å utarbeide årsregnskapet i samsvar med lov og forskrifter, herunder for at det gir et rettviseende bilde i samsvar med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge. Ledelsen er også ansvarlig for slik intern kontroll som den finner nødvendig for å kunne utarbeide et årsregnskap som ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil.

Ved utarbeidelsen av årsregnskapet må ledelsen ta standpunkt til foreningens evne til fortsatt drift og opplyse om forhold av betydning for fortsatt drift. Forutsetningen om fortsatt drift skal legges til grunn for årsregnskapet så lenge det ikke er sannsynlig at virksomheten vil bli avviklet.

#### Revisors oppgaver og plikter ved revisjonen av årsregnskapet

Vårt mål er å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet som helhet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon, verken som følge av misligheter eller utilsiktede feil, og å avgi en revisjonsberetning som inneholder vår konklusjon. Betryggende sikkerhet er en høy grad av sikkerhet, men ingen garanti for at en revisjon utført i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder ISA-ene, alltid vil avdekke vesentlig feilinformasjon som eksisterer. Feilinformasjon kan oppstå som følge av misligheter eller utilsiktede feil. Feilinformasjon blir vurdert som vesentlig dersom den enkeltvis eller samlet med rimelighet kan forventes å påvirke økonomiske beslutninger som brukerne foretar basert på årsregnskapet.

For videre beskrivelse av revisors oppgaver og plikter vises det til <https://www.revisorforeningen.no/revisjonsberetninger>.



Revisorgruppen

Revisorgruppen Oslo AS  
Oscars gate 30  
Postboks 7154 Majorstuen  
N-0307 Oslo

Tlf.: +47 23 20 49 00  
Fax: +47 23 20 49 01

E-post: [oslo@rg.no](mailto:oslo@rg.no)

Foretaksregisteret  
NO 917 275 254 MVA

[www.rg.no](http://www.rg.no)

**Uttalelse om øvrige lovmessige krav**

*Konklusjon om registrering og dokumentasjon*

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

*Andre forhold*

Foreningens årsregnskap er avlagt etter utløpet av lovens frist for avleggelse av årsregnskap.

Oslo, 3. juli 2019

Revisorgruppen Oslo AS



Mari Østbø  
statsautorisert revisor

# Årsrapport 2018

## Norsk forum for gynekologisk onkologi

### Møter

- 2 arbeidsseminar og 6 styremøter (4 Lync-møter, 2 ved arbeidsmøte)
- 2 medlemsmøter; Onkologisk forum-NFGO's faggruppe-sesjon, NFGO-formøte ved årsmøtet i NGF.

### Fagarbeid:

#### Arbeid med Nasjonale Handlingsprogram.

Nasjonal Handlingsprogram for Gynekologisk Kreft er ett stort dokument med mange forskjellige kapitler. Det er fagpersoner representert fra alle helseforetak i hvert kapittel. Kapitlene Endometriehyperplasi og Borderline tumores ble ferdigstilt 2018. Videre er kapitlene ovarialcancer, vulvacancer og premaligne cervixlidelser sluttført i 2019. Det har tidligere vært ett ønske fra Helsedirektoratet om fullstendig revisjon av alle kapitler før publisering. Dette har vært vanskelig pga mange kapitler hvor arbeidet er om i utakt. Det vil nå bli publisert mer forløpende.

#### Nasjonalt gyn kreftregister.

Det sendes ut årlig rapport fra Kreftregisteret. Leder i NFGO og styremedlemmer er representert i faggruppe som vurderer dataene i Kreftregisteret. Det er også en egen faggruppe som har arbeidet med nytt elektronisk klinisk meldeskjema for cervix cancer. Dette ble ferdigstilt sommer 2019. Juni 2019 startet revisjon av Elektronisk meldeskjema for ovarial cancer. Leder er Torbjørn Paulsen.

### Avholdte møter:

Styret i NFGO har hatt ansvaret for det faglige innholdet på formøtet på Norsk Gynekologisk forenings årsmøte i Oslo 24/10-17. Temaet var arvelig kreft og palliasjon.

Onkologisk forum foregikk i Bergen 15-16.november. Styret i NFGO var ansvarlig for det faglige programmet på gyn sesjonen, der hovedtema i år var HIPEC behandling. Andre temaer var Årsrapport Kreftregisteret, presentasjon av forskningsprosjekter og kliniske studier.

### Tema til orientering og diskusjon:

Studie har vist overlevelsesgevinst ved kombinasjon av bevacizumab og kjemoterapi ved avansert livmorhalskreft og tilbakefall ved livmorhalskreft. Beslutningsforum for nye metoder godkjente ikke i 2016 søknaden om innføring av bevacizumab for disse indikasjonene. I oktober 2018 ble det sendt inn en ny søknad om en ny vurdering til Bestillerforum. Dette ble avslått i Bestillerforum 19.november 2019.

NFGO, ved Kathrine Woie, var i ett Dialogmøte 02.04.19 sammen med repr. fra Bestillerforum, pasientorganisasjon (Gyn. kreft foreningen), Legemiddel industri og NFGO (Nordisk Forening Gynekologisk Onkologi) hvor bruk av bevacizumab ved cervix cancer var tema. Det ble ingen løsning på dette spørsmålet.

Det har vært til diskusjon om utdanning og hvordan opprettholde kompetanse innen fagområdet gynekologisk kreft. Det er sendt ut spørreskjema for å kartlegge hvordan cytostatika behandling til pasienten med gynekologisk kreft blir håndtert innen de forskjellige helseregioner. Dette vil bli presentert som tema på Formøte til NGF Årsmøte i Bodø 23.10 og ved Onkologisk Forum 21.11.

### Representasjon:

Helsedirektoratet - Pakkeforløp. 31.01.19.  
Representant Kathrine Woie, HUS  
Nasjonal nettverksgruppe for arvelig kreft.  
Representant Anne Dørum, OUS  
Gynekologisk kreft og Protonterapi.  
Representant Kjersti Bruheim, OUS  
Rådgivingsgruppen for massescreenings-programmet.  
Gunn Fallås Dahl, OUS.

### Styret 2018-19 (valgt nov 2018):

*Fra de 4 universitetssykehusene Tromsø, Trondheim; Bergen, Oslo (2 styre-representanter fra OUS). Fra andre sykehus: 1 representant med vara*

Leder: Kathrine Woie  
Nestleder: Ane Gerda Zahl Eriksson  
Kasserer: Martin Lindblad  
Sekretær: Ingvild Vistad  
Webansvarlig: Elisabeth Berge Nilssen

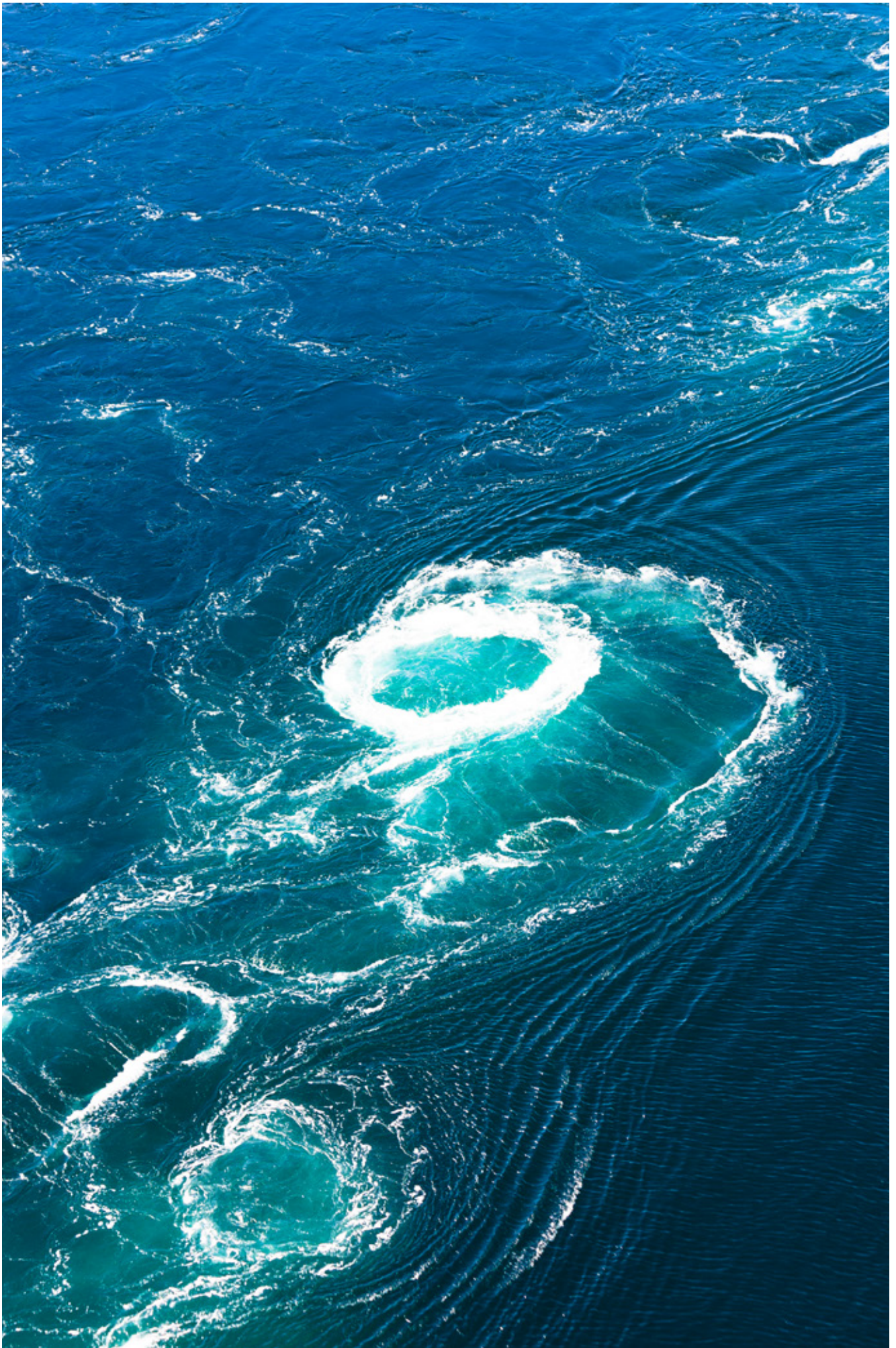
UNN: Martin Lindblad vara Anne-Beate Vereide  
St.Olav: Marit Sundset vara Merethe Ravlo  
OUS: Ane Gerda Zahl Eriksson vara Torbjørn Paulsen  
OUS: Tone Skeie Jensen vara Anne Dørum  
HUS: Kathrine Woie vara Line Bjørge  
Andre: Ingvild Vistad vara Bent Fiane  
NGF representant: Stine Andreassen

Valgkomite: Grete Iversen, Rita Steen, Johan Kippervik

Styret takker medlemmene for aktivitet og interesse i 2018-19.

05.09.19

*Kathrine Woie (leder NFGO)*



*Saltstraumen*

# Årsrapport 2018

## Norsk gynekologisk endoskopi register (NGER)

Hovedmålet for Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER) i 2018 var som i 2017 å implementere pasient relaterte utfallsmål (PROM) og ytterligere forbedre dekningsgraden for registeret. Tilsvarende ble det valgt å videreføre et fokus på laparoskopiske hysterektomier siden dette er det vanligst laparoskopiske primær-inngrepet.

I 2018 økte antall registrerende avdelinger til 33 (80 %) av 41 aktive gynekologiske avdelinger. NGER var ikke prioritert til dekningsgradanalysene for 2018. Men vi ser ut ifra antall registreringer at dekningsgraden ikke har økt fra 2017 til 2018. Antall registrerte hendelser per deltakende avdeling varierte fra 5 per år opp til 1379 per år (Ullevål, OUS).

Laparoskopier utgjorde 65,3% av alle registrerte hendelser, mens hysteroskopier stod for 33,9% og en kombinasjon av laparoskopi og hysteroskopi for 0,8 %.

Svarprosent på tilsendte pasientskjema 4 uker etter utført inngrep var hele 70 % slik at postoperativ oppfølging anses tilfredsstillende registrert i NGER.

Hyppigste diagnoser ved laparoskopiske inngrep var som tidligere år godartede ovarialcyster, myomer/blødningsforstyrrelser og endometriose. Tilsvarende var det ved hysteroskopiske inngrep uforandret med intrauterin polyp, blødningsforstyrrelser og postmenopausal blødning som de hyppigste diagnosene. Disse diagnosene gjenspeiler oversikten over de hyppigste prosedyrene. Ved laparoskopi er salpingektomi det vanligste inngrepet. Dette viser at dette er blitt en standard prosedyre ved hysterektomi samt ved unilateral salpingo-ooforektomi etter avsluttet barneønske.

Den intraoperative komplikasjonsraten ved laparoskopi og hysteroskopi viser en kontinuerlig avtagende trend gjennom de siste år fra 2,7% i 2016 til 2,4% i 2018.

Konverteringsraten fra laparoskopi til laparotomi var 1,2% i 2018 mot 1,5% i 2017. Dette forsterker bildet av den utviklingen man har sett og indikerer at registrerende avdelinger besitter tilfredsstillende kompetanse og gjør gode preoperative vurderinger før gjennomføring av inngrepene. Hysteroskopiske inngrep er fullstendig gjennomført i 96% av tilfellene, mot 95,6% i 2017. Dette viser at hysteroskopiene er utført med høy grad av kvalitet.

Den postoperative komplikasjonsraten sank ytterligere fra 6,4% i 2017 til 6,1% i 2018. Reoperasjonsraten viser en tydelig økning siste året fra 0,6% med 31 reoperasjoner i 2017 til 1,05% i 2018 med 53 reoperasjoner. Volumet her utgjøres av laparoskopiske primærinngrep som stod for 30 av 31 reoperasjoner i 2017 og 46 av 53 reoperasjoner i 2018

Resultatene for laparoskopisk hysterektomi viser at man har nådd en grad av platåfase med tanke på komplikasjoner og operasjonstid som uttrykk for at dette er blitt et standard inngrep der avdelingene innehar gode rutiner og tekniske ferdigheter. Inngrepet har fremdeles en signifikant forekomst av postoperative infeksjoner der det i 2018 var registrert en postoperativ infeksjonsrate på 8,3. Volumet av dette utgjøres av mindre infeksjoner som UVI og sårinfeksjoner, men det vurderes å være et potensiale for forbedring på dette punktet.

NGER har innført Treatment Satisfaction Scale vers2 (TSS2) for å kartlegge pasientenes tilfredshet (PREM) med behandlende enhet 4 uker etter inngrepet. Resultatene er tilgjengelig på landsnivå og avdelingsnivå. Generelt er pasientene svært fornøyde med avdelingene på alle parametre testet. Det er relativt liten forskjell i pasientenes skåre ved TSS2 mellom de enkelte avdelingene i Norge.

NGER har valgt RAND36 som verktøy for måling av pasientens helsegevinst (PROM). I 2019 har NGER startet målinger preoperativt for pasienter som får utført hysterektomi med benign indikasjon ved 5 sykehus i Norge. Videre sendes det deretter ut ny RAND36 til disse pasienten etter 12 måneder. De første resultatene av dette vil bli publisert i 2021.

I tillegg til å presentere en årsrapport publiseres i år utvalgte kvalitetsindikatorer via Resultatportalen i Kvalitetsregistre.no. Det er satt måltall for de ulike kvalitetsindikatorerne, og man får således en oversikt på sykehusnivå i forhold til måloppnåelsen for de ulike kvalitetsindikatorerne.

NGER er i 2019 og 2020 en av 12 nasjonale registre som er med i en incentivordning for å øke dekningsgraden. Det jobbes også med å få på plass fritak fra samtykkekravet etter Forskrift for nasjonale registre gjeldene fra 1. september 2019. Samme forskrift pålegger nå helsepersonell å registrere i nasjonale kvalitetsregistre. Dette er momenter man håper skal øke dekningsgraden i tiden som kommer. Rekruttering av nye registrerende sykehus og oppfølging av allerede registrerende enheter har vært i fokus i 2018 og fortsetter i 2019. NGER ønsker i tillegg å fokusere på å få ned registreringsforsinkelsen. Det er et sterkt ønske om at alle sykehus skal registrere data innen 4 uker etter inngrepet.

*Tønsberg 15. september 2019*

*Toril Råknes, daglig leder NGER*

*Steinar Fritzner Greve Holmsen, medisinsk faglig rådgiver*

# Årsrapport 2018

## Endoskopiutvalget

Endoskopiutvalget har i 2018 bestått av følgende personer:

Klaus A. Oddenes (leder), Haugesund Sjukehus  
Stine Andreassen, Nordlands sykehuset  
Guri Majak, Oslo Universitetssykehus  
Anne Veddeng, Haukeland Universitetssykehus  
Marianne Omtvedt FUGO representant  
Jenny Alvirovic, Oslo Universitets sykehus

Endoskopi utvalget har følgende mandat

**-Fremme endoskopisk kompetanse blant norske gynekologer gjennom:**

- Arrangere kurs i gynekologisk endoskopi
- Være en pådriver for registrering i Lapraskopiregisteret
- Være rådgiver i høringsuttalelser for Norsk Gynekologisk Forening
- Anbefale trening og simulatoropplegg i endoskopiske teknikker
- Samarbeide med nasjonale og internasjonale foreninger(f.eks FUGO,ESGE,Nordisk Endoskopi forening)

### Formøte

Vi har ettehver etablert en fin tradisjon med formøter i forbindelse med NGF sitt årsmøtet. Disse møtene har vært godt besøkt og holdt en høy faglig standard. På møtet i Oslo i fjor hadde vi engasjerende foredrag av internasjonale størrelser som Francis Gardener og Gunter Noé.

Til det kommende årsmøte i Bodø har vi gleden av å få presentere Professor Jon Ivar Einarson fra Harvard Medical School og Bingham Womens Hospital Boston. Han er en ettertraktet foredragsholder og dere kan se frem til en lærerik forelesning om komplikasjoner i endoskopisk kirurgi.

Så hjertelig velkommen til Endoskopiutvalgets formøte  
23. oktober kl 17.30

### Kurs

Endoskopiutvalget har holdt 1 kurs i løpet av 2018 .

I mai 2018 arrangerte vi det etterhvert tradisjonelle to dagers introduksjonskurset i gynekologisk endoskopi på Ullevål Sykehus. Kurset var godt besøkt og tilbakemeldingene var gode.

Med overgangen til ny LiS ordning har det vært en del usikkerhet om hvordan de valgfrie kurs skal organiseres. Vi vet enda ikke helt i hvilken form endoskopikurset skal holdes. Men det arbeides med saken.

Det som er sikkert er at vi arrangerer kurs i adnex kirurgi på Haukeland i desember 2019. Dette er et to dagers kurs med både teori og praktiske øvelser på gris. Kurset vil telle som valgfritt kurs for de LiS som vil fullføre spesialiteten etter gammel ordning.

Men det er selvsagt også aktuelt for alle med interesse for endoskopisk kirurgi.

Dato er satt til 12-13 desember 2019.

Til slutt vil jeg nok en gang minne om vårt formøte onsdag  
23. oktober kl 17.30

Vel møtt!

*Klaus A. Oddenes*

*Leder*

*NGF's Endoskopi utvalg*

# Årsrapport 2018

## Kvalitetsutvalget

“Kvalitetsutvalget består av Anne Flem Jacobsen, Jørg Kessler, Kathrine Woie, Heidi Frostad Sivertsen og Anne Cecilie Hallquist. Leder av utvalget er Anne Cecilie Hallquist. Kvalitetsutvalget er ansvarlig for utgivelsen av Veilederne. De besvarer henvendelser

fra medlemmer i NGF, Legeforeningen, Helsedirektoratet med flere. De er åpne for innspill og spørsmål fra alle medlemmer i NGF.”

*Anne Cecilie Hallquist*



# Årsrapport 2018

## NFOG vitenskapelige komite

Den vitenskapelige komiteen i Nordisk Forening for Obstetrik og Gynekologi består av en representant fra hvert av de nordiske landenes nasjonale foreninger.

I 2018 hadde komiteen følgende medlemmer:

Antti Perheentupa, Finland (leder)

Lars Henning Pedersen, Danmark

Hulda Hjartardóttir, Island

Annika Strandell, Sverige

Marit Lieng, Norge

NFOG vitenskapelige komite har to hovedoppgaver:

1. Planlegging og gjennomføring av det faglige programmet på NFOG kongressen som arrangeres annen hvert år.
2. Vurdering av søknader til NFOG fond, og oppfølging av dette med rapporter.

Komiteen hadde to møter i 2018: I Odense 12. - 13. mars og i Oslo 29. - 30. oktober.

I tillegg møttes komiteen flere ganger under NFOG kongressen i Odense 10.- 13. juni 2018. Det var videre utstrakt mailkorrespondanse i perioder, spesielt i forkant av NFOG-kongressen.

Vitenskapelig komite vurderte alle innsendte abstrakt til NFOG-kongressen (247 abstrakt), og planla frie foredrag-

og postersesjoner på kongressen sammen med representanter fra lokal komite. Komiteen sørget også for deltagende representant fra hvert nordisk land under PhD-sesjonen på NFOG-kongressen. På møtet i mars ble aksepterte abstrakt fordelt til presentasjon som frie foredrag eller poster, og sesjonene med programmet for sesjoner med frie foredrag ble planlagt. Under kongressen deltok komiteens medlemmer som sesjonsmoderatorer, komiteen evaluerte alle frie foredrag og poster for priser, og poster for posterpresentasjon sammen med lokal komité.

På de halvårlige møtene vurderes også søknader om fondsmidler fra NFOG fond og midlene fordeles (etter at komiteens innstilling er vedtatt i NFOG board). Komiteen mottok 67 søknader med totalt søknadsbeløp på 1.766.112 DKK. 50 søknader (75 %) ble helt eller delvis innvilget, og det ble utdelt 760.198 DKK. 17 søknader (25%) kom fra medlemmer av NGF, og av disse ble 12 (71 %) helt eller delvis innvilget. Innvilget beløp til NGF medlemmer i 2018 var 123.430 DKK. I tillegg var NGF medlemmer part i flere nordiske søknader.

*Oslo 31.08.19*

*Marit Lieng*

*NGF representant,*

*NFOG Scientific Committee*

## Årsrapport 2018 FIGO

På verdenskongressen i Rio, Brasil i oktober 2018, var det en stor delegasjon fra de nordiske landene. Ved å samle kreftene fikk Kristina Gemzell Danielsson fra Sverige plass i Executive Board, og Norden har dermed to medlemmer i dette forumet. Styret i FIGO, de fem såkalte Officers, ble i stor grad skiftet ut, og forventningene var store til at FIGO nå skulle ta et skritt i mer proaktiv retning.

Etter mi mening har så ikke skjedd. Til tross for gode intensjoner og utmerkede planer, er ikke FIGO den motoren for global kvinnehelse som organisasjonen kunne vært. Slagordet «A Global Voice for Women's Health» svinger godt på konferanser og møter, men personlig skulle jeg gjerne sett mer aksjonspreget arbeid.

Organisasjonen preges også av at FIGO har vært på jakt etter ny Chief Executive i snart 3/ 4 år. Heldigvis kunne tidligere direktør Hamid Rushwan trå til som svært kompetent «vikar»! Forhåpentligvis vil FIGO's øverste administrative ledelse snart være på plass.

President Elect Jeanne Conry fra USA er glødende opptatt av hvordan forurensning påvirker helse spesielt hos gravide og fostre, og det blir spennende å se hvordan dette fagområdet vil bli fulgt opp i tida framover.

Verdenskongressen i 2018 gikk som nevnt av stabelen i Rio, Brasil. Det var rekordhøy deltakelse med over 10 000 gynekologer, jordmødre og andre helsearbeidere. Vold mot kvinner var et av fokusområdene, og her fikk FIGO satt søkelyset på et enormt problem som gjelder kvinner over hele verden. Tema fikk også stor medieoppmærksomhet i Brasil.

Sammen med kollega Jannicke Mellin-Olsen, president i WFSA (verdensforening for anestesileger), har vi forsøkt å få til et mer formalisert samarbeid mellom FIGO og WFSA i kampen for bedre tilgang på livreddende kirurgi og anestesi globalt. Foreløpig er det lite konkret som er kommet ut av det hele.

*Margit Steinbolt*

# Årsrapport 2018 EBCOG

European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, EBCOG, er en del av nettverket av europeiske spesialistforeninger: UEMS, Union of European Medical Specialists. UEMS og EBCOG har sete og viktigste møtested i Brussel. EBCOG arbeider for harmonisering av videre- og etterutdanning av medisinsk kunnskap og ferdighet innen vår spesialitet. Det er fortsatt store ulikheter innad i Europa på alle trinn i kompetanseutviklingen, fra grunnutdanning til ferdig spesialitet. EBCOG har særlig konsentrert seg om fullverdig spesialistutdanning og avdelingsakkreditering. NGF har vært aktiv i alle år. EBCOG var delaktig i opprettelsen av ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology), dvs nettverket av europeiske LIS, som organiserer årlig utveksling og vitenskapelige møter for LIS. EBCOG subsidierer ENTOG 100 %.

EBCOGs organisasjon ledes av et «Executive», valgt av «Council». På toppen sitter «Officers», som da er President, President-Elect, Treasurer og Secretary-General. Council har representanter fra de 36 medlemslandenes spesialforeninger, hver representert med to delegater, som regel en fra spesialister utenfor institusjon («privatpraktiserende») og en fra institusjonshelsetjenesten. Council møtes 2 ganger årlig. De europeiske subspecialitetene innen faget, nemlig urogynekologi (EUGA), fertilitet (ESHRE), gynekologisk onkologi (ESGO) og perinatalmedisin (EAPM) er også representerte i EBCOG Council. Executiven møtes både ved disse møtene og dessuten 2 ganger årlig.

Norske representanter for NGF de siste par år har vært Jone Trovik og Knut Hordnes. Fra januar 2019 takket Knut av etter rundt 8 år som norsk representant, og Yngvild Skåtun Hannestad (PSL) overtok og fortsetter sammen med Jone.

Det er som kjent EBCOG kongress i Bergen i mai 2020, og mye av vårt fokus har vært på kongressforberedelsen. Jone Trovik er i tillegg til å være vår EBCOG representant også lokal kongresspresident, og Knut Hordnes sitter i kongressens Scientific Committee og forsøker å bidra, sammen med Rolf Kirschner i Management Committee. Se ellers Rolfss innlegg om EBCOG kongressen i Bergen annet sted i Gynekologen.

EBCOG har mange underkomiteer som har vært omtalt i tidligere, og de ulike aktivitetene kan leses om på [www.ebcog.org](http://www.ebcog.org). De viktigste er:

Det arrangeres europeisk spesialisteksamen i to deler, en omfattende skriftlig eksamen og deretter en klinisk eksamen (såkalt OSCE, objektiv strukturert klinisk eksamen) for de som består første del. Eksamenen er krevende med strykprosent godt over 50%. I juni i år tok 52 kandidater første del av eksamen

i Warszawa, og de som besto går videre til OSCE i Brussel i september.

Akkreditering av sykehusavdelinger er underlagt SCTR, Standing Committee on Training Recognition, som tilsvarer vår besøksordning ved Spesialitetskomiteen. Hittil i 2019 er 16 avdelinger rundt om i Europa besøkt, og det skal gjøres ytterligere 5 besøk.

Standing Committee on Training and Assessment (SCTA) lager utdanningsprogrammer og loggbøker, samt arrangerer regelmessige TTT (Train the Trainers) kurs, altså utdanning av veiledere. Takket være en bevilgning på 400.000 Euro fra EUs Erasmus-program fikk en gjennomført et såkalt «EBCOG Project for Achieving Consensus in Training» (PACT)- Project, som var en samlet plan for en spesialist- utdanningen i Europa. Dette resulterte i en harmonisert såkalt European Training Requirement (ETR), altså en felles mal for europeisk spesialistutdanning. Status er stadig at hvert land har ulik utdanning og dermed utdannes spesialister med ulike kvalifikasjoner, som alle har rett til å jobbe fritt i alle EU/EØS-land. ETR- planen er et godt grunnlag for videre arbeid med harmonisering og felles standarder, og midt «i blinken» når vi nå introduserer ny spesialistutdanning i Norge! I PACT finnes mange gode forslag til både hva spesialistutdannelse i gynekologi bør omfatte, hvilke aktiviteter utdannelsen skal inneholde og hvordan dette kan registreres/evalueres.

EBCOG gir også uttalelser om faglige temaer, og det er nå utgitt 13 såkalte «Position Statements», for eksempel «IVF Treatment and Single Embryo Transfer», «The Public Health Importance of Antenatal Care», «Obesity and Women's Health» – for å nevne noe. Det er to utkast på gang nå, nemlig «Ethics of Stem Cell Research» og «Herbal Medication during Pregnancy». Disse blir publisert på nettsidene til EBCOG og i EJOG (European Journal of Ob/Gyn).

Krefter innen EBCOG har ønsket å arrangere kongress hvert år og ikke hvert annet år slik det er nå. De nordiske land har stått samlet mot dette da det ville konkurrere med NFOG- kongresser og svekke nordisk engasjement i EBCOG. På Council- møtet i Warszawa vant vi fram med vårt syn og EBCOG-kongressene blir som før arrangert annet hvert år (partallsår), mens NFOG-kongressene blir alle oddetallsår.

Og 14-16 mai 2020 er det altså i Bergen og vi gleder oss til å ta imot mange norske og europeiske kolleger! Send inn bidrag og delta!!

*Jone Trovik og Knut Hordnes*





Gyn stol som i noen håndgrep kan endres til undersøkelsesbenk. Også disse med elektrisk løft, tilt og rygg. Vi har også Gynstol med integrert HD videokolposkop se [www.medero.no](http://www.medero.no)



Neo Safe T CU 380 og CU 380  
mini Kobberspiral. Enkel å sette  
inn og meget prisgunstig!

**medero**  
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71

epost: [ordre@medero.no](mailto:ordre@medero.no)

[www.medero.no](http://www.medero.no)



Gynekologiske instrumenter





# Årsrapport 2018 **FUGO**

## FUGO- styret 2018:

Thea Falkenberg Mikkelsen: Leder, ENTOG, NFYOG

Marianne Omtvedt: Nestleder, kampanjeansvarlig Boksen går, endoskopiutvalget

Anders Einum: NGF-representant

Hilde Sellevoll: Kursansvarlig, ENTOG, NFYOG

Ane Ø Bergquist: Sekretær, FUGOs representant til Gynekologen

Mathias Sonstad: Webansvarlig

Eirin Haugli Falch (vara): Kasserer

## Generelt

Det ble avholdt 6 styremøter i 2018 samt Generalforsamling.

Samtlige møter ble holdt i Oslo.

Legeforeningen opprettet i 2018 en egen formalisert "fagakse". Sammen med Nils Halvdan Morken var Thea representant på Faglandsrådet og ble valgt inn i Fagstyret som heretter er Legeforeningens høyeste organ for fagsaker.

## Styrets økonomi

FUGOs arbeid finansieres av NGF med en post på 60 000 kr i NGFs budsjett. Dette skal dekke styremøter og annen relevant aktivitet i inn- og utland. Det er et mål i styret å sikre geografisk spredning i styresammensetningen hvilket medfører en del utgifter til transport, utover det holdes en nøktern profil. I 2018 brukte styret i alt 51191 kr, inkludert 10.000 satt av til "Boksen går". Utgiftene gikk ellers til å dekke styremøter, generalforsamling, deltakelse på ENTOG generalforsamling for leder og én styremiddag.

## Ny spesialiseringsstruktur

Sammen med de andre LiS-foreningene i ortopedi, generell kirurgi, ØNH og plastikkirurgi brukte vi sosiale og tradisjonelle medier for å rette fokus mot svakheter i den nye spesialistutdanningen. Thea skrev en kronikk sammen med lederne for LiS i ortopedi og plastikkirurgi som ble trykket i Bergens tidende og fikk tilsvar av Bent Høie. Thea møtte senere Høie i en radiodebatt på P2. Hovedkravet var at alle prosedyrelister skulle forskriftsfestes. Dette oppnådde vi ikke, men følgende formulering fra helsedepartementet er svært viktig, og så godt som seier: "Vi ber helsedirektoratet[...] sørge for en nasjonal standardisering ved å anbefale et minimumstall for gjennomførte praktiske kliniske ferdigheter sammenstilt i prosedyrelister[...] avvik fra minimumstallene bør ha en særlig begrunnelse".

## ENTOG og NFYOG

ENTOG- utveksling 2018 fant sted i Frankrike. Marte Westvik og Arnbjørn Gil Skadsem var norske representanter. Man kunne lese om deres erfaringer i Gynekologen 4/2018. Thea deltok på

ENTOG generalforsamling. ENTOG hadde i 2018 hovedfokus på nytt felles europeisk curriculum og en ny utvekslingsplattform (One2One exchange). Mer om dette på FUGOs hjemmesider NFYOG arbeidet videre med en "global plattform", en felles nettportal for LiSer som har vært på utveksling eller jobbet i utlandet med tips og triks til utveksling for andre som ønsker å gjøre det samme, og bidro i workshop samt arrangerte LiS-middag på NFOG-konferanse i Odense i juni.

## Kampanje

På generalforsamlingen i 2017 ble det gitt tilslutning til ny kampanje om endoskopitrening, etter modell fra Sykehuset i Vestfold. Kampanjen ble planlagt og forberedt våren/sommeren 2018 med stor innsats av komitéen, med Marianne Omtvedt i spissen. Man fikk på plass midler fra Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet (100.000 kr). 17.september ble det holdt et informasjonsmøte over én dag for representanter fra alle involverte sykehus og startskuddet for kampanjen gikk på årsmøtet i okotber. Så nær som samtlige gynekologiske avdelinger i hele Norge har ønsket å delta. Avslutningen av kampanjen markeres på årsmøtet 2019 med konkurranse i laparoskopisimulering mellom representanter fra alle sykehusavdelingene.

## FUGO-kurs

Kurset i 2018 var viet kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet" Rekordmange LiS (47!) fikk med seg mye nyttig kunnskap fra de fremste i landet innen blant annet hjertesykdommer, endokrinologiske og reumatiske sykdommer. Ansvarlig var Hilde Sellevoll som satte sammen et imponerende program.

## FUGOs årsmøte

Årsmøtet ble holdt 24.10.18 og startet med generalforsamling. Referat fra generalforsamlingen kan leses i Gynekologen nr 4/2018. Thea ble takket av etter 4 år i styret, hvorav 3 år som leder. Anders tok gjenvalg for 2 nye år og de andre var midt i sin 2 årsperiode og ikke på valg. Nytt medlem av styret ble Liva Helleland fra Haukeland. Tiril Tingleff fikk velfortjent heder og ære da hun mottok FUGOs første ærespris for lang og tro tjeneste.

## Kommunikasjon med medlemmer

FUGO sin web-side fikk i 2018 ny giv med Mathias Sonstad som webansvarlig. På sidene finnes mye relevant LiS-stoff, blant annet "Boksen går"-materialet som mange har benyttet seg av. Vi har også en velfungerende Facebookgruppe med mye aktivitet hvor vi holder kontakt med medlemmene våre på en god måte.

# Årsrapport 2018 NFOG

## Styret i NFOG i 2018

President: Karen Reinhold Wøjdemann, Danmark. Secretary General: Maija Jakobsson, Finland. Treasurer: Espen Berner, Norge. Nasjonale representanter: Andreas Herbst og Eva Uustal (SFOG), Marit Lieng og Nils-Havdan Morken (NGF), Hannu Martikainen (SGY), Thomas Larsen og Hanne Brix Westergaard (DSOG), Alexander Smáráson (FÍFK)

Ikke stemmeberettigede medlemmer av NFOG Board: Ganesh Acharya, Norge (AOGS Chief Editor), Ulrik Schiøler Kesmodel, Danmark og Antti Perheentupa, Finland (Scientific Committee Chair), Katrin Kristjánsdóttir, Island og Mervi Väisänen-Tommiska, Finland (Educational Committee Chair), Niels Uldbjerg, Danmark (Guidelines Committee Chair), Lars Ladfors, Sverige (Webmaster), Elisabeth Frederika Rosen, Danmark (NFYOG), Bjarne Rønde Kristensen, Danmark (President NFOG 2018) og Ragnheiður I. Bjarnadóttir, Island (President NFOG 2021)

Det ble i 2018 avholdt tre styremøter i NFOG: Ett på Bornholm (april), ett i Odense (juni) og siste møtet ble holdt i Helsinki (november). Referatet fra disse møtene ligger på NFOG sin nettside: <https://nfog.org/about-us/meeting-minutes/>

## Medlemmer 2018

Alle betalende medlemmer i NGF blir sammen med medlemmene i de andre nasjonale foreningene for obstetrikere og gynekologer i Norden automatisk medlemmer i Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG).

NFOG hadde i 2018 hele 5271 betalende medlemmer. NFOG har en stabil medlemsmasse med en økning på rundt 100 medlemmer per år de siste to årene. Antall medlemmer av de nasjonale foreningene i NFOG i 2018 var; DSOG Danmark 1048, SGY Island 48, FÍFK Finland 967, NGF Norge 1154 og SFOG Sverige 2057.

## Økonomi

NFOG har sine to hovedinntektskilder fra medlemskontingent og inntekt fra eierskapet av tidsskriftet Acta Obstetrica og Gynecologica Scandinavica (AOGS). Medlemskontingenten per medlem er 250,- danske kroner (Dkr). Denne betales direkte fra de nasjonale foreningene. Inntekt fra medlemskap i NFOG for 2018 var 1.317.750,- Dkr. Inntektene fra AOGS i 2018 var 2.056.803,- Dkr. NFOG har en sund økonomi med god balanse mellom inntekter og utgifter. NFOG hadde i 2018 et overskudd på 406.298,- Dkr. Ifølge statuttene, overføres 66% av overskuddet som donasjon til NFOG Fondet. NFOG har hatt overskudd i regnskapene i mange år, men de kommende årene er det stor usikkerhet om inntektene fra AOGS holder seg, se under.

## AOGS

Med Ganesh Acharya som sjefsredaktør og en stabil redaksjon utpekt av de nasjonale foreningene har AOGS gradvis økt sin impact factor. I 2018 satte tidsskriftet for 3. år på rad ny rekord for impact factor: 2,741. Dette har gitt AOGS en økt akademisk

anseelse med et godt tilsig av manuskripter av god kvalitet fra hele verden. Ansettelsen av Amarnath Bhide (assisterende sjefsredaktør) og Prakesh S Shah (International Associate Editor) i 2018 var et bevisst strategisk valg i å utvide redaksjonens internasjonale nettverk. Redaksjonen arbeider kontinuerlig med å øke kvalitet og effektivitet. I 2018 tok det i gjennomsnitt kun 17,5 dager fra innsendt manuskript til forfatter fikk tilbakemelding (first decision) om eventuell publisering.

Forlagsbransjen for medisinske tidsskrift gjennomgår store endringer med usikre tider for bærekraftig inntjening på lengre sikt. NFOG gjør sammen med forlaget Wiley en fortløpende vurdering om en mulig overgang til Open Access for AOGS. En slik omlegging vil sannsynlig medføre en betydelig redusert inntekt fra tidsskriftet over en femårsperiode. NFOG har økonomi til å tåle et slikt forbigående inntektstap. På den andre siden kan en for avventende holdning til open access føre til et permanent svekket inntektsgrunnlaget fra tidsskriftet. Kontrakten med forlaget Wiley for AOGS går ut 31.12.2019. I 2018 startet derfor NFOG og Wiley forhandlingene om ny femårskontrakt. Arbeidet sluttføres i 2019.

## 41. NFOG kongress i Odense 2018

NFOG arrangerte sin 41. nordiske kongress i Odense 10-13. juni 2018. Det var en meget vellykket kongress med mer enn 800 deltagere fra 29 land. Det ble i tillegg arrangert 13 pregress workshops med stor deltagelse. Den lokale organisasjonskomiteen ledet av *Bjarne Rønde Kristensen (Congress President)* fikk uvurderlig hjelp fra NFOG vitenskapelig komite både i planlegging og gjennomføring. Kongressen var derfor godt organisert med et spennende og variert program på meget høyt faglig nivå. Fokus ved årets kongress var global helse. Det var i tillegg en fin sosial forbrødring mellom de nordiske landene på sene sommerkvelder disse juledagene i Odense. For 2. gang kongress på rad, endte kongressen med et overskudd: (+123.730,- Dkr).

Neste (42.) NFOG kongress blir arrangert i Reykjavik 13-16. Juni 2021. Hold av datoer.

## NFOG Fondet

I 2018 tildelte NFOG fond midler for tilsammen 700.000,- Dkr tilbake til foreningens medlemmer. Det er NFOG sin vitenskapelige komite som vurderer og prioriterer søknadene til fondet etter spesifikke kriterier. Ved utgangen av 2018 var NFOG Fondet på ca 4.1 millioner Dkr. Detaljert informasjon om søknadsrutiner ligger tilgjengelig på [nfog.org/fund/applications](https://nfog.org/fund/applications). Søknadsfrist til fondet er 1. mars og 1. oktober hvert år.

## FIGO

NFOG arrangerte og finansierte to nordiske symposier under FIGO kongressen i Rio i 2018. Symposiene var godt besøkt og arrangementet ble ansett som meget vellykket. Under generalforsamlingen i FIGO i 2018 ble Kristina Gemzell Danielsson fra Sverige valgt inn i FIGO Executive Board for de neste seks årene. NFOG støttet også kandidater som arbeider for en demokratisk og transparent utvikling i FIGO-organisasjonen.

## Nordisk elektronisk tekstbok

NFOG med Niels Ulbjerg har i 2018 arbeidet med å utvikle en nordisk e-lærebok i gynekologi og obstetrikk for medisinstudenter. Det endelige prosjektet har en etableringskostnad på ca 1 million Dkr og med driftsutgifter ca 100.000,- Dkr pr år. Det har vært stor diskusjon i styret om hvordan prosjektet skal finansieres. Prosjektet ble presentert for godkjenning på NFOGs generalforsamling i 2018. Generalforsamlingen besluttet at prosjektet ikke var godt nok utredet og påpekte at spesifikke områder måtte forbedres før prosjektet kunne vedtas. Generalforsamlingen 2018

besluttet å utsette endelig beslutning om tekstboken til en ekstraordinær generalforsamling i 2019.

## Referat

Fullstendige referat fra NFOG styremøter, årsrapport og generalforsamling er tilgjengelig for nedlasting: [nfog.org/about-us/meeting-minutes](http://nfog.org/about-us/meeting-minutes).

*Espen Berner Treasurer NFOG Oslo 12.9 2019*

# Årsrapport 2018

## Referansegruppe for fødselsovervåking

### Mandat:

Bidra til kollegial læring og forbedring mht bruk av CTG/STAN/ skalpblodprøver nasjonalt. Dette innebærer at kollegaer kan sende registreringer til gruppen for diskusjon, vurdering og tilbakemelding. Gruppen er ikke et sakkyndig organ, som betyr at vurderinger og tilbakemeldinger ikke skal brukes som en del av pasientens journal.

Gruppen er også ansvarlig for planleggingen av det årlige, nasjonale erfaringsmøtet som avholdes for jordmødre og leger som bruker CTG/STAN/ Skalpblodprøve overvåking i fødsel. Gruppen planlegger disse møtene i samarbeid med den lokale gruppen i vertsbyen.

### Gruppens sammensetning

Branka M. Yli, PhD, OUS ( Leder )  
Jørg Kessler, Overlege, PhD, Haukeland universitetssykehus  
Thomas Hahn, Overlege, Haugesund sykehus  
Heidi Overrein, Overlege, OUS Ullevål- ny medlem  
Helene Normann Furnes, jordmor, AHUS. For Jordmorforbundet NSF  
Lillian Lairvik jordmor, AHUS. For Den Norske Jordmorforening- ny medlem

### 1. Nasjonalt erfaringsmøte

Årets møte ble avholdt i Haugesund . Der deltok ca 100 jordmødre og leger fra ulike sykehus fra hele landet. Flere kasustikker ble lagt frem fra seks ulike fødeavdelinger og følgende foredrag ble presentert:

1. "Øvelse gjør mester": Erfaring med bruk av STAN I Turku, Finland v/ Susanna Timonen - publisert i American Journal Obstetrics and Gynecology
2. Langsom framgang: diagnose og behandling - Jørg Kessler/ Haukeland sykehus

*Neste erfaringsmøte blir 13.9.19 Akershus universitetssykehus.*

### 2. Møter

Gruppen har avholdt 2 møter. Ett i forkant av erfaringsmøtet i Haugesund og andre i februar 2018 på RH. Det er gitt skriftlig tilbakemelding på 7 kasuistikker i tillegg til muntlig tilbakemelding på de fremlagte kasuistikkene i Haugesund. Skjemaset for de kliniske opplysningene som følger kasuistikkene er revidert noe. Gruppen ønsker seg gjerne flere kasuistikker til gjennomgang. Det jobbes med å oppdatere nettsiden vår.

### 3. Kurs i fosterovervåking

- Dette to-dagers kurset holdes 1 gg per år i slutten av august
- Deltagere er leger og jordmødrer.
- Temaer det undervises i:
- Grunnleggende fysiologi
- Intraparum CTG og fødsel fysiologi og patofysiologi
- CTG klassifisering
- Antepartum CTG
- Foster EKG fysiologi/tolkning
- Skalpblodprøve
- Vurdering av barnet, tolkning/feilkilder av syre-base verdier
- Avnavlingsprosedyre
- Overvektige kvinner- fosterovervåking
- Trykktid i fødsels - fosterovervåking
- Diabetes- fosterovervåking
- Lite liv- fosterovervåking
- Intrapartum feber- fosterovervåking
- Intrapartum infeksjon- fosterovervåking

*På slutten av hvert kursdag er det en bolk med kasusgjennomgang*

# Årsrapport 2018

## Spesialitetskomiteen

I 2018 besto spesialitetskomiteen av 6 medlemmer og 2 varamedlemmer

Leder Ingeborg Bøe Engelsen. Medlemmer: Yngvil Skåtun Hannestad, Jette Stær Jensen, Camilla Kleveland, Christine Hancke, Renate Torstensen, Kristine Heien Hansen Marte Myhre Reigstad

Komiteen avholdt fire møter, og alle komiteens medlemmer deltok på møtene. Hoved geskjeften er fortsatt ny spesialitetsstruktur og arbeid med denne. Etter instruks fra Legeforeningen sentralt har avdelingsbesøk blitt nedprioritert i 2018-2019 på grunn av at alt annet arbeid med spesialistutdanning skal prioriteres.

I mai deltok 2 av komiteens medlemmer på Legeforeningens årlige møte for spesialitetskomiteene på Soria Moria. Der var tematikken igjen oppstart av nytt LiS utdanningsløp, som startet høsten 2018. Mye besto da i arbeid med å ferdigstille Dossier klart til druk, avklaring av problemstillinger som oppstår fortløpende (f eks overgang fra gammel til ny ordning). Som de fleste er klar over har sykehusene selv jobbet intenst med oppstart av dette lokalt i 2018/2019.

### Samarbeid med Regionale utdanningsutvalg

Komiteen arrangerte arbeidsmøte med kursledere for de obligatoriske kursene i forbindelse med NGFs årsmøte i Oslo, oktober 2018. Der var også representanter for de fire Regionale utdanningsentra. Disse orienterte om pågående arbeid. Reg Ut Midt har fagansvar for gynekologi og obstetikk, og overtok i mars 2019 jobben som koordinator for kursene våre.

### Kursene

Da Helsedirektoratet gjennomgikk og ferdigstilte læringsmålene vi hadde definert, var den største overraskelsen at de hadde strøket alle kurs som vi på gammel ordning definerte som «valgfrie». Helsedirektoratet mener dermed at alle kurs som ikke er definert som nødvendige eller obligatoriske ikke er nødvendige for LiS. I løpet av starten av 2019 har vi derfor jobbet med å sette opp en samling kurs for LiS som vi skal definere som obligatoriske. Dette skal meldes inn til Reg Ut om Helsedirektoratet, som en anbefaling, men vi vet ennå ikke hvordan det vil se ut når direktoratet ferdigstiller dette. Heldigvis har vi et flott fagmiljø der de flinke og engasjerte innen sine fagfelt påtar seg disse oppgavene med glede.

Komiteen påbegynte planlegging av Instruksjonskurset i 2018, og går av stabelen på Ahus i uke 46 2019. Dette har vi stor glede av at snart er i gang, siden komiteen har hatt en plan om dette kurset i flere år, og det har tatt tid å stable på beina.

Høsten 2019 et komiteen bedt om å komme med et forslag til hvordan formalisert etterutdanning av gynekologer skal være, og sammen med NGF har vi satt ned en arbeidsgruppe som skal jobbe frem på dette. Mange har lenge etterspurt etterutdanning av spesialister, og vi tar gjerne imot innspill, for dette er en gylden mulighet til å få dette til på en god måte.

Ønsker dere alle et flott årsmøte,  
Vi sees i Bodø!





# Intrarosa®

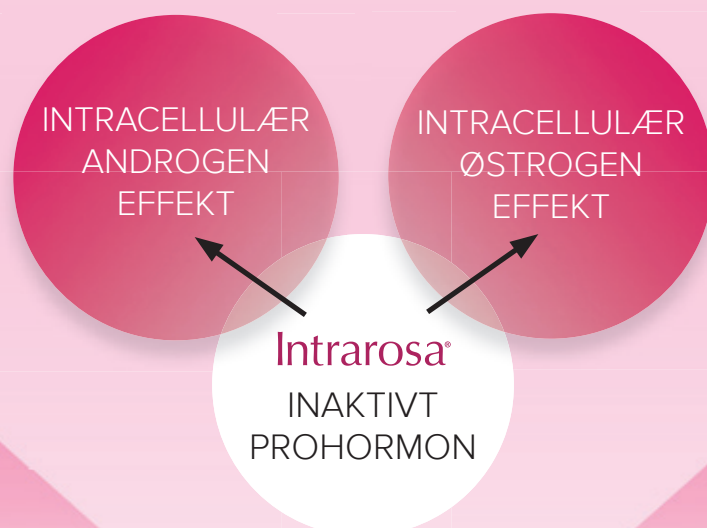
Prasteron 6,5 mg (DHEA)  
vagitorie

Nyhet!



## Ny behandling ved vulvovaginal atrofi

- Over 50% av alle postmenopausale kvinner plages med tørre slimhinner etter menopause<sup>1</sup>
- Intrarosa® (DHEA) er i seg selv inaktivt, men tas opp intravaginalt og omdannes intracellulært til østrogener og androgener<sup>2</sup>



### Intrarosa «Endoceutics»

ATC-nr.: G03XX01

**VAGITORIE, 6,5 mg:** Hver vagitorie inneh.: 6,5 mg prasteron, hardfett.

**Indikasjoner:** Vulvovaginal atrofi hos postmenopausale kvinner med moderate til kraftige symptomer.

**Dosering:** 1 vagitorie 1 gang daglig, ved leggetid. **Glemt dose:** Tas kun hvis det er ≥8 timer til neste dose. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig.

**Barn og ungdom:** Bruk ikke relevant i noen aldersgrupper ved vulvovaginal atrofi grunnet menopause. **Eldre:** Ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** Føres inn i vagina med finger eller vedlagt applikator, se pakningsvedlegg.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Udiagnostisert genitalblødning. Kjent, tidligere/mistenkt brystkreft. Kjent/mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Ubehandlet endometriehyperplasi. Akutt leversykdom/ tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Tidligere/pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjente trombofili sykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel, antitrombinmangel). Aktiv/nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Porfyri.

**Forsiktighetsregler:** Bør bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. Nytte/risiko bør vurderes grundig minst hver 6. måned. Før behandling bør det opptas en komplett sykehistorie. Legeundersøkelse (inkl. undersøkelse av underliv og bryster) bør sammenholdes med sykehistorien, kontraindikasjoner, advarsler og forsiktighetsregler. Individuelt tilpasset rutinemessig kontroll anbefales under behandlingen. Kvinner bør gis råd om brystforandringer som bør rapporteres til lege/sykepleier. Undersøkelser, inkl. Pap-utstryk og blodtrykksmåling, bør foretas i henhold til gjeldende screening-praksis. Vaginal infeksjon skal behandles før behandlingsstart. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

**Interaksjoner:** Samtidig bruk av systemisk HRT (østrogen, østrogen-progestogenkombinasjon eller androgenbehandling) eller vaginale østrogener har ikke blitt undersøkt og er derfor ikke anbefalt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ikke indisert til premenopausale kvinner i fertil alder, inkl. graviditet. Amming: Ikke indisert ved amming. Fertilitet: Ikke indisert til fertile kvinner.

**Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Kjønnsgener/bryst: Unormalt Pap-utstryk (hovedsakelig ASCUS eller LGSIL). Undersøkelser: Vektendringer. Øvrige: Vaginal utflod. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Kjønnsgener/bryst: Cervix-/uteruspolypyper, kuler i brystet (benigne).

**Overdosering/Forgiftning:** Behandling: Vaginalskylning.

**Egenskaper:** Virkningsmekanisme: Prasteron, dvs. dehydroepiandrosteron (DHEA), er biokjemisk og biologisk identisk med endogent humant DHEA, et forløpersteroid som er inaktivt og omdannes intracellulært i vaginalceller til østrogener og androgener. Effekt på vulvovaginal atrofi via aktivering av vaginale østrogen- og androgenreseptorer. Østrogenmediert økning i antall overflate- og intermedieære celler og redusert antall parabasale celler i vaginalslimhinnen. Vaginal pH faller mot normalområdet, noe som bidrar til vekst av normal bakterieflora.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 30°C. Skal ikke fryses.

**Pakninger og priser:** 28 stk. (blistre med appli) nok 392,90, varenr 098502.

Basert på SPC sist endret 01/2019

1) Kim et al., J Menopausal Med. 2015 Aug; 21(2): 65–71. 2) Intrarosa® SPC, jan 2019.

AVIA PHARMA

Swärdvägen 3B, S-182 33 Danderyd, Sweden  
www.aviapharma.se

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



## Norsk kvinnelig inkontinensforum

**Fredag 8. november 2019 Oslo universitetssykehus, Ullevål  
Rødt Auditorium, Patologibygget**

*Møteleder Rune Svenningsen*

10.55 Rune Svenningsen ønsker velkommen

|       |                                                      |                      |
|-------|------------------------------------------------------|----------------------|
| 11.00 | Ultralyd,- et nyttig verktøy ved bekkenbunnstrening? | Seema Mathew         |
| 11.25 | Hvilken rolle har sakralnervestimulering ved OAB?    | Harriet Birke        |
| 11.45 | Vektens betydning og diettråde ved OAB               | Uroterapeut (tba)    |
| 12.05 | Diskusjon                                            |                      |
| 12.15 | Pause                                                |                      |
| 12.35 | Urinblærens mikrobiom - betydning for OAB del I      | Louise T S Arenholdt |
| 13.15 | Produktinformasjon fra Ferring                       |                      |
| 13.20 | Produktinformasjon fra Astellas                      |                      |
| 13.25 | Produktinformasjon fra Contura                       |                      |
| 13.30 | Lunch                                                |                      |

*Møteleder Ingrid Volløyhaug*

|       |                                                        |                      |
|-------|--------------------------------------------------------|----------------------|
| 14.30 | Urinblærens mikrobiom – betydning for OAB del II       | Lovise T S Arenholdt |
| 15.05 | Graviditet etter MUS kan likevel ha negativ betydning! | Ole Dyrkorn          |
| 15.25 | Hva betyr type slynge for resultater?                  | Hjalmar Schjøtz      |
| 15.45 | Erfaringer med Diveen kontinensbue                     | Anita Vanvik         |
| 15.55 | Kaffepause                                             |                      |

*Møteleder Anita Vanvik*

|       |                                 |                         |
|-------|---------------------------------|-------------------------|
| 16.10 | Laserbehandling ved inkontinens | Rune Svenningsen        |
| 16.25 | Reopeasjoner NPR                | Rune Svenningsen        |
| 16.45 | NKIR satsningsområde 2020       | Dimoski/Sissel Oversand |
| 17.00 | Møteslutt                       |                         |

Deltagelse, mat ved ankomst, lunch og kaffe i pausene er kostnadsfritt. Ingen begrensning på antall deltagere fra hver avdeling. Vi ber om påmelding til møtet innen 15. september. Bindende påmelding med navn og profesjon på deltagerne skjer til Bjørg Tove Johansen (Sigurd), Kvinneklinikken, Bærum sykehus [bjorg.tove.johansen@vestreviken.no](mailto:bjorg.tove.johansen@vestreviken.no) tlf 67809452



# SAVE THE DATE!

**Kjære kolleger!**

Årets Tropé møte avholdes på Radiumhospitalet fredag 7. desember kl 09:00-18:00. Det er et meget spennende program, med blant annet pro/con debatter om HIPEC i behandlingen av ovarial cancer samt bruk av minimal invasiv kirurgi ved cervix cancer.

Av erfaring vet vi at det blir mange deltagere, derfor anbefaler vi at dere melder dere på så snart som mulig, senest 1. November. Møtet er som tidligere kostnadsfritt.

Påmeldingslink vil bli tilgjengelig på NGFs nettsider.

Claes Tropé

Ane Gerda Z Eriksson

## SCIENTIFIC

|                                                                                                   |                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08:00 - 09:00                                                                                     | REGISTRATION                                                                                                                                                         |
| 09:00 - 09:05                                                                                     | WELCOME<br>Ane Gerda Z Eriksson, MD, PhD<br>Department of Gynecologic Oncology, Division of Cancer Medicine, The Norwegian Radium Hospital, Oslo University Hospital |
| <b>SESSION 1 - DEVELOPMENTS IN OVARIAN CANCER</b><br>CHAIR: KRISTINA LINDEMANN, MD, PHD           |                                                                                                                                                                      |
| 09:05 - 09:35                                                                                     | THE VAGINAL MICROBIOME AND OVARIAN CANCER<br>Dan Reisel, MD, PhD (UK)                                                                                                |
| 09:35 - 09:40                                                                                     | DISCUSSION                                                                                                                                                           |
| 09:40 - 10:10                                                                                     | SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY IN OVARIAN CANCER: TRIALS AND OPPORTUNITIES<br>Ginger Gardner, MD (USA)                                                                   |
| 10:10 - 10:15                                                                                     | DISCUSSION                                                                                                                                                           |
| 10:15 - 10:45                                                                                     | LIQUID BIOPSY, HYPE OR HOPE?<br>Christian Marth, MD, PhD, (Austria)                                                                                                  |
| 10:45 - 10:50                                                                                     | DISCUSSION                                                                                                                                                           |
| 10:50 - 11:20                                                                                     | CAR T-CELL THERAPY IN GYNECOLOGIC CANCER: WHAT DO WE KNOW, AND WHERE DO WE GO FROM HERE?<br>Roisin O'Ceirbhail, MD (USA)                                             |
| 11:20 - 11:25                                                                                     | DISCUSSION                                                                                                                                                           |
| 11:25 - 11:50                                                                                     | COFFEE BREAK                                                                                                                                                         |
| <b>SESSION 2 - MANAGEMENT OF EARLY STAGE CERVICAL CANCER</b><br>CHAIR: TONE SKEIE-JENSEN, MD, PHD |                                                                                                                                                                      |
| 11:50 - 12:15                                                                                     | THE CHANGING LANDSCAPE IN MANAGEMENT OF EARLY STAGE CERVICAL CANCER<br>Yukio Sonoda, MD (USA)                                                                        |
| 12:15 - 12:20                                                                                     | DISCUSSION                                                                                                                                                           |
| 12:20 - 12:45                                                                                     | MINIMAL INVASIVE SURGERY FOR EARLY STAGE CERVICAL CANCER: TECHNICAL CONSIDERATIONS FOR IMPROVED OUTCOMES<br>Christhardt Kohler, MD, PhD (Germany)                    |
| 12:45 - 12:50                                                                                     | DISCUSSION                                                                                                                                                           |
| <b>THE ANNUAL TROPÉ LECTURE - CHAIR: PROFESSOR EMERITUS CLAES G. TROPÉ, MD, PHD</b>               |                                                                                                                                                                      |
| 12:50 - 13:40                                                                                     | RECENT ADVANCES IN TARGETED THERAPIES FOR GYNECOLOGIC CANCER, AND CONSIDERATIONS FOR THE FUTURE<br>Ignace Vergote, MD, PhD (Belgium)                                 |
| 13:40 - 14:25                                                                                     | LUNCH                                                                                                                                                                |

Tropé Meeting

## PROGRAM

|                                                                                               |                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SESSION 3 - MANAGEMENT OF OVARIAN CANCER</b><br>CHAIR: BENTE VILMING, MD, PHD              |                                                                                         |
| 14:25-14:55                                                                                   | HEREDITARY OVARIAN CARCINOMA, BRCA AND BEYOND<br>Kara Long Roch, MD, MSc (USA)          |
| 14:55 - 15:00                                                                                 | DISCUSSION                                                                              |
| 15:00 - 15:30                                                                                 | END-OF LIFE CARE IN GYNECOLOGIC CANCER PATIENTS<br>Torbjørn Paulsen, MD, PhD (Norway)   |
| 15:30 - 15:35                                                                                 | DISCUSSION                                                                              |
| 15:35 - 16:05                                                                                 | RETHINKING OVARIAN CANCER<br>Line Bjørge, MD, PhD, MBA (Norway)                         |
| 16:05 - 16:10                                                                                 | DISCUSSION                                                                              |
| 16:10- 16:35                                                                                  | COFFEE BREAK                                                                            |
| <b>SESSION 4 - CONTROVERSIES IN OVARIAN CANCER MANAGEMENT</b><br>CHAIR: STEIN LARSEN, MD, PHD |                                                                                         |
| 16:35 - 16:50                                                                                 | ONGOING AND UPCOMING CLINICAL TRIALS, NRG/GOG-F PERSPECTIVE<br>Ginger Gardner, MD (USA) |
| 16:50 - 16:55                                                                                 | DISCUSSION                                                                              |
| <b>DEBATE - TO BOWEL-PREP OR NOT TO BOWEL-PREP, THAT'S THE QUESTION!</b>                      |                                                                                         |
| 16:55 - 17:20                                                                                 | PRO BOWEL PREP<br>Oliver Zivanovic, MD, PhD (USA)                                       |
| 17:20 - 17:45                                                                                 | CON BOWEL PREP<br>Christian Marth, MD, PhD (Austria)                                    |
| 17:50 - 17:55                                                                                 | DISCUSSION                                                                              |
| 17:55 - 18:00                                                                                 | CLOSING REMARKS<br>Kara Long Roche, MD, MSc (USA)                                       |

Tropé Meeting

# The Palestinian Perineum and Birth Complication Study

## En naturlig forlengelse av norsk bistand til Palestina

Åse Vikanes, Gynekolog og forsker ved Intervensjons-senteret Oslo universitetssykehus Rikshospitalet og Gynklinikk Nydalen  
Tor Wennesland, Ambassadør og Norges spesialutsending til fredsprosessen i Midtøsten

Desember 2018 forsvarte de tre palestinske gynekologene Mohammed Zimmo og Kaled Zimmo (fra Gaza) og Hadeel Ali (fra Ramallah) hver sin doktorgrad ved universitetet i Oslo. Disputasene utgjorde slutten på et fire år langt samarbeidsprosjekt, «The Palestinian Perineum and Birth Complication Study», mellom det palestinske helseministeriet, universitetet i Oslo (UiO), universitetet i Birzeit, Intervensjonssenteret ved Oslo universitetssykehus (OUS) og sykehuset Croydon i London. Prosjektet var finansiert av i Forskningsrådets Globvac-program med det overordnede målet å utdanne palestinske gynekologer til internasjonal PhD. Selve studien hadde som mål å kartlegge forekomsten av sfinkterskader og keisersnitt samt å kartlegge episiotomi-praksis i Palestina.

### Bakgrunn

Det norske medisinske fagmiljø har i flere ti-år gitt nøkkelbidrag til utviklingen av palestinsk helsesektor og til institusjonsbygging for en palestinsk stat. Det er få områder der norske fagmiljøer har vært like omfattende involvert i faglig bistand til palestinerne som i helsesektoren. Svært mye av dette har skjedd på frivillig basis. «The Palestinian Perineum and Birth Complication Study» ble til som en naturlig forlengelse av norsk helsepersonells innsats.

Norge har helt tilbake til 1967 vært en viktig giver til palestinerne. I perioden frem til Oslo-avtalen ble inngått i 1993, var det norske og palestinske frivillige organisasjoner og FN-systemet som var kanalen for denne bistanden. Etter Oslo-avtalen, ble støtten trappet kraftig opp, og mer finansiell støtte ble gitt til palestinske myndigheter. Helsesektoren har vært en sentral komponent i den norske støtten.

Etter den andre intifadaen i 2000, økte

helseinnsatsen, både i form av humanitær bistand og støtten til palestinske myndigheter. I tillegg ble støtten til teknisk oppgradering, drift og faglig bistand til sykehusene i Øst-Jerusalem og til Shifa-hospitalet i Gaza trappet opp.

Når det gjelder kvinnesykdommer og fødselshjelp spesielt, har forskjellige norske humanitære organisasjoner bidratt gjennom mange år; for eksempel til utdanning av jordmødre i Gaza, opprettelse av svangerskapsomsorg for kvinner bosatt på landsbygda på Vestbredden («Jordmorprosjektet») og til opplæring i kreftbehandling på Augusta Viktoria som er det eneste kreftsykehuset i Palestina; lokalisert i Øst-Jerusalem.

I 1994 ble det etablert et forsknings-samarbeid mellom institutt for helse og samfunn ved UiO og Birzeit universitetet og universitetet i Hebron på Vestbredden, noe som har resultert i at flere palestinske PhD kandidater har forsvart sin doktorgrad ved UiO. Dette fagmiljøet har også

bidratt til at en rekke publikasjoner om folkehelsen i Palestina samt etableringen av «The Lancet Palestinian Health Alliance».

Det brede norske gynekologiske fagmiljøet kom sterkere på banen etter 2009 da Norwegian Aid Committee (NORWAC) ved Åse Vikanes startet et prosjekt for opplæring av palestinske kolleger i laparoskopisk gynekologisk kirurgi ved Makassed-hospitalet i Øst-Jerusalem. Åse bodde i Palestina fra 2006-2012 mens hun arbeidet med sin doktorgrad og postdoktor ved Norsk folkehelseinstitutt, og kunne derfor enkelt drifte ulike prosjekter på bakken. Fra 2009 ble det organisert «en stafett» blant norske gynekologer og spesialiserte leiere fra Akershus og Oslo universitetssykehus for å gi praktisk opplæring i laparoskopi ved Makassed-hospitalet i Øst-Jerusalem.

De norske gynekologene ble som følge av dette pådriverne for at NORWAC arrangerte den første internasjonale kongressen i fødselshjelp og kvinnesykdommer i Palestina. Kongressen fant



Hadeel Ali med stolt hovedveileder, Katariina Laine, og dagens dekanus, Annetine Staff.



Gatebilde fra Gaza januar 2015

sted i Jeriko 2010 og hadde hovedfokus på kvinnesykdommer. Gynekologer fra Palestina, Norge, Sverige, Holland, USA og Island holdt foredrag. En av disse gynekologene, Marit Lieng, overtok som leder av Palestina-arbeidet til NORWAC i 2016 og har videreført opplæringen i laparoskopi som nå er utvidet til også å dekke Gaza.

Parallelt med dette hadde den daværende statsminister i Palestina, Salam Fayyad, i nært samarbeid med norske myndigheter igangsatt det palestinske statsbyggingsprosjekt med målsetning å bygge bærekraftige statlige institusjoner for en uavhengig palestinsk stat. I den forbindelse ble fra norsk side, med daværende Utenriksminister Jonas Gahr Støre som støttespiller, igangsatt arbeid for å etablere et palestinsk folkehelseinstitutt, med forbedring av sentrale helseregistre som fødsel, død og kreft. Norsk folkehelseinstitutt ble som følge av dette trukket inn som foredragsholdere ved den andre internasjonale kongressen i fødselshjelp og kvinnesykdommer som ble arrangert

i Betlehem i 2012. Konferansen hadde hovedfokus på fødselshjelp. Mange av de samme foredragsholderne fra Jeriko 2010 kom tilbake med nye bidrag.

Avtalen om etablering av Det palestinske folkehelseinstituttet ble undertegnet i november 2011 i Oslo av Statsminister Fayyad og daværende leder av Folkehelseinstituttet Geir Stene-Larsen. Instituttet er i dag blitt en internasjonalt anerkjent nøkkelinstitusjon i utviklingen av helsestrategier i Palestina.

#### «The Palestinian Perineum and Birth Complication Study»

Der er på bakgrunn i mange år med bred involvering, kjennskap til erfaring med palestinsk helsevesen at prosjektet «The Palestinian Perineum and Birth Complication Study» ble initiert. Studien ble forankret hos Erik Fosse, leder for Intervensjonssenteret ved OUS og NORWAC. I et forsøk på å etablere et samarbeid uavhengig av motsetningene mellom Hamas (Gaza) og Fatah (Vest-

bredden), ble statlige sykehus og PhD studenter fra både Gaza og Vestbredden rekruttert. Søknaden ble innvilget juni 2014, kun uker før en 50 dager lang krig brøt ut i Gaza (over 2000 drepte og mer enn 10 000 skadde).

På tross av presset på helsevesenet i Gaza, fortsatte forberedelsene av prosjektet høsten 2014 slik at studien kunne startes 1 januar 2015. Informatikere fra UiO med Kristin Braa i spissen skreddersydde en versjon av sin berømte programvare for registrering av helsedata, «District Health Information Software 2» (DHIS2). Alle gynekologer og jordmødre ved de seks studesykehusene fikk opplæring i diagnostikk og behandling av sfinkterskade, både teoretisk og praktisk. Abdul Sultan og Raneek Thakar fra Croydon, Khaled Ismael fra Birmingham og Anny Spyds laug fra Oslo universitetssykehus var ansvarlig for denne delen av opplæringen, mens Katariina Laine og medarbeidere gav opplæring i bimanuell perineum-støtte. Studien samlet data fra 75 000 fødende kvinner, og har så



Mohammed Zimmo disputerer



Kaled Zimmo forsvaret sin avhandling

langt generert tre medisinske doktorgrader og to mastergrader ved UiO samt 12 publikasjoner hvorav 10 er publisert<sup>1-10</sup>.

Hadeel Ali studerte sfinkterskader og fant at forekomsten økte etter opplæring i korrekt diagnostikk og behandling. Videre var kvaliteten på episiotomi var så dårlig at den bidro til økt risiko for skader. Etter opplæring i korrekt utførelse av episiotomi og bimanuell perineum-støtte fant hun at opplæring med animasjon alene reduserte forekomsten av sfinkterskader med 50%. Kombinert med «hands-on training» ble forekomsten ytterligere redusert med 50%. Veiledere: Katariina Laine, Sahar Hassan, Khaled Ismail og Erik Fosse.

Kaled Zimmo studerte episiotomi-praksis, og fant at episiotomi blir utført rutinemessig på kvinner som føder vaginalt for første gang. Opplæring i korrekt utførelse av korrekt utførelse av episiotomi og bimanuell perineum-støtte reduserte også forekomsten av episiotomi. Veiledere: Sahar Hassan, Katariina Laine og Erik Fosse.

Mohamed Zimmo studerte forekomsten av keisersnitt. Resultater viste store variasjoner mellom sykehusene; disse kunne ikke forklares med forskjeller i sosiodemografiske forhold. Omtrent 60% av variasjonen kunne forklares med ulikheter i indikasjoner for keisersnitt.

Mer enn 40% av keisersnittene ble utført på kvinner med tidligere keisersnitt, 12% var tvilling gravide og 8% fødte for tidlig. Veiledere: Åse Vikanes, Marit Lieng og Erik Fosse.

Resultatene fra dette forskningsprosjektet vil kunne bedre kvaliteten på fødselsomsorgen for palestinske kvinner. I tillegg har prosjektet resultert i en omfattende database som muliggjør videre palestinsk forskning. Palestina har fått tilført medisinsk akademisk kompetanse man tidligere ikke hadde, og politisk har man vist at det faktisk er mulig å etablere medisinske forskningsklynger på tvers av de politiske motsetningene i Palestina.

#### Referanser

1. Ali HY, Vikanes A, Anti M, et al. Evaluation of an animated instructional video as a training tool for manual perineum support during vaginal delivery. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2017;137(2):213-19. doi: 10.1002/ijgo.12115 [published Online First: 2017/02/09]
2. Ali-Masri H, Hassan S, Fosse E, et al. Impact of electronic and blended learning programs for manual perineal support on incidence of obstetric anal sphincter injuries: a prospective interventional study. *BMC medical education* 2018;18(1):258. doi: 10.1186/s12909-018-1363-3 [published Online First: 2018/11/14]
3. Ali-Masri H, Hassan S, Ismail K, et al. Enhancing recognition of obstetric anal sphincter injuries in six maternity units in Palestine: an interventional quality improvement study. *BMJ open* 2018;8(6):e020983. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020983 [published Online First: 2018/06/21]
4. Ali-Masri HY, Hassan SJ, Zimmo KM, et al. Evaluation of Accuracy of Episiotomy Incision in a Governmental Maternity Unit in Palestine: An Observational Study. *Obstetrics and gynecology international* 2018;2018:6345497. doi: 10.1155/2018/6345497 [published Online First: 2018/12/05]
5. Hassan S, Vikanes A, Laine K, et al. Building a research registry for studying birth complications and outcomes in six Palestinian governmental hospitals. *BMC pregnancy and childbirth* 2017;17(1):112. doi: 10.1186/s12884-017-1296-6 [published Online First: 2017/04/13]
6. Zimmo K, Laine K, Fosse E, et al. Episiotomy practice in six Palestinian hospitals: a population-based cohort study among singleton vaginal births. *BMJ open* 2018;8(7):e021629. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021629 [published Online First: 2018/07/18]
7. Zimmo K, Laine K, Vikanes A, et al. Diagnosis and repair of perineal injuries: knowledge before and after expert training-a multicentre observational study among Palestinian physicians and midwives. *BMJ open* 2017;7(4):e014183. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014183 [published Online First: 2017/04/09]
8. Zimmo KM, Laine K, Fosse E, et al. Impact of animated instruction on tablets and hands-on training in applying bimanual perineal support on episiotomy rates: an intervention study. *International urogynecology journal* 2019;30(8):1343-50. doi: 10.1007/s00192-018-3711-6 [published Online First: 2018/07/17]
9. Zimmo M, Laine K, Hassan S, et al. Differences in rates and odds for emergency caesarean section in six Palestinian hospitals: a population-based birth cohort study. *BMJ open* 2018;8(3):e019509. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019509 [published Online First: 2018/03/04]
10. Zimmo MW, Laine K, Hassan S, et al. Caesarean section in Palestine using the Robson Ten Group Classification System: a population-based birth cohort study. *BMJ open* 2018;8(10):e022875. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022875 [published Online First: 2018/10/27]

KEBOMED forhandler nå de anerkjente ultralydapparatene fra bk medical



## bkSpecto

Fertilitetsbehandling- måling av follikler og aspirasjon

Fertilitetsbehandling – innsetting av embryoer

Gynekologiske undersøkelser

Graviditetsultralud – både 1, 2 og 3 trimester



Intuitiv pekeskjerm

Unik bildekvalitet

Enkel rengjøring av glass skjerm

Tar liten gulvplass

Ergonomisk utforming og innstillingsmuligheter

Stort utvalg av prober til ulike applikasjoner



# KEBOMED

## ▼ Gardasil 9

MSD Vaccins

**Vaksine mot humant papillomavirus.**

ATC-nr.: J07B M03

Står ikke på WADAs dopingliste

**C INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte:** Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 30 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 60 µg, type 18 L1-protein ca. 40 µg, type 31 L1-protein ca. 20 µg, type 33 L1-protein ca. 20 µg, type 45 L1-protein ca. 20 µg, type 52 L1-protein ca. 20 µg, type 58 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 0,5 mg, vann til injeksjonsvæsker.

**Indikasjoner:** Aktiv immunisering av personer ≥9 år mot følgende HPV-sykdommer: Premaligne lesjoner og kreft i livmorhals, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typer som vaksinen dekker. Kjønnsvorter (condyloma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typer. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Skal brukes iht. offisielle anbefalinger.

**Dosering:** Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Personer 9-14 år:** Gis iht. en 2-dose plan eller som en 3-dose plan. Vaksinasjonsplan med 2 doser (måned 0 og 6-12 måneder): 0,5 ml gis ved måned 0 og måned 5-13. Dersom 2. dose gis tidligere enn 5 måneder etter 1. dose skal det alltid gis en 3. dose. Alternativt følg vaksinasjonsplan med 3 doser hvor 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. **Personer ≥15 år:** Vaksinasjonsplan med 3 doser: 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. Personer som tidligere er vaksinert med kvadrivalent HPV-vaksine kan få 3 doser med Gardasil 9. Sikkerhet og effekt for kvinner ≥27 år er ikke studert. Effekt av Gardasil er vist hos kvinner 27-45 år. Basert på sammenlignbar immunogenitet forventes det at Gardasil 9 også har effekt i denne aldersgruppen. **Spesielle pasientgrupper:** Barn <9 år: Sikkerhet og effekt er ukjent, ingen tilgjengelige data. **Tilberedning/Håndtering:** Ferdigfylt sprøyte klar til bruk. Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før bruk. Kast vaksinen dersom partikler eller misfarging oppdages. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Fest kanylen til sprøyten ved å vri den med klokken. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel og avfallsmateriale skal destrueres iht. lokale krav. **Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Skal ikke injiseres intravaskulært, s.c. eller intradermalt.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine.

**Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktiske reaksjoner. Synkope, iblant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinasjon, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke neurologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk-kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Vaksinasjon bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, f.eks. en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer bør fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert for behandling av livmorhals-, vulva-, vaginal- og analkreft, høygradige livmorhals-,

vulva-, vaginale- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virustyper i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screening av livmorhals. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinen sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsviktvirus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Bør gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenitets- eller effektivitetsdata støtter bytte til andre HPV-vaksiner, derfor er det viktig at samme vaksine forskrives for hele doseregimet.

**Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B M03. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt, uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

**Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Tilgjengelige data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Anbefales imidlertid ikke pga. utilstrekkelige data. Bør utsettes til etter fullført graviditet. *Amming:* Kan gis til ammende. *Fertilitet:* Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonstoksitet i dyrestudier.

**Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme. Nevrologiske: Svimmelhet. Øvrige: Pruritus og blåmerker på injeksjonsstedet, feber, tretthet. *Ukjent frekvens:* Blod/lymf: Idiopatisk trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner, bronkospasme og urticaria. Infeksiøse: Cellulitt ved injeksjonsstedet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Nevrologiske: Akutt disseminert encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, frysninger, uvelhet.

**Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Ikke-infeksiøs, rekombinant 9-valent vaksine med adjuvans, laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de 9 HPV-typene i vaksinen. Basert på epidemiologiske studier, forventes beskyttelse mot HPV-typene som forårsaker ca. 90% av tilfellene av livmorhalskreft, >95% av tilfellene av AIS, 75-85% av CIN 2/3, 85-90% av HPV-relatert vulvakreft, 90-95% av VIN 2/3, 80-85% av HPV-relatert vaginalkreft, 75-85% av VaIN 2/3, 90-95% av HPV-relatert analkreft, 85-90% av AIN 2/3 og 90% av tilfellene av kjønnsvorter. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinasjonstidspunktet. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke fastslått. 99,6-100% var seropositive for antistoffer mot alle 9 vaksinetypene i 7. måned i alle testgrupper. GMT var høyere hos jenter og gutter 9-15 år enn hos kvinner 16-26 år, og høyere hos gutter enn hos jenter og kvinner. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaksinasjon er ikke fastslått. Hos gutter og jenter 9-15 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 5 år, og avhengig av HPV-type er 90-99% seropositive. Hos kvinner 16-26 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 5 år, og avhengig av HPV-type er 78-100% seropositive.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Gis så snart som mulig etter uttak fra kjøleskap.

**Pakninger og priser:** INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) kr. 1381,60.

**Sist endret:** 11.09.2018

### Referanser:

1. Castellsagué X, Munoz N, Pitisuttithum P, et al. End-of-study safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent HPV (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in adult women 24-45 years of age. Br J Cancer. 2011;105(1):28-37.
2. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Human papillomavirus. In Atkins W, Hamborsky J, Stanton A, et al, eds. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 12<sup>th</sup> rev ed. 2<sup>nd</sup> printing. Washington DC: Public Health Foundation: 2012:139-150.
3. Gardasil 9 SPC april 2019, seksjon 2, 4.1 og 5.1



MSD

MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.

# Har du vaksinert deg?

**Voksne kan også ha nytte av å vaksinere seg mot HPV<sup>1</sup>**

HPV-viruset smitter begge kjønn i alle aldre<sup>2</sup>

Det er ingen øvre aldersgrense for å vaksinere seg med Gardasil 9<sup>3</sup>

**Gardasil 9 beskytter mot HPV-relatert kreft og kjønnsvorter<sup>\*3</sup>**



Lær mer om Gardasil 9  
på vår hjemmeside

\* Gardasil 9 gir beskyttelse mot Humant Papilloma Virus (HPV) 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58

## UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR GARDASIL 9

### KONTRAINDIKASJONER:

Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene. Personer med overfølsomhet etter tidligere administrering av Gardasil 9 eller Gardasil/Silgard skal ikke få Gardasil 9.

### FORSIKTIGHET:

Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Gardasil 9 skal brukes i henhold til offisielle anbefalinger.

*Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen*



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.  
Copyright © 2019 Merck Sharp & Dohme Corp., Kenilworth, NJ, USA. All rights reserved. NO-GSL-00003 05/19



# Kjære FUGO-medlemmer!

Av Hilde Bastøe Sellevoll, leder FUGO



Så er vi her igjen. Det er tid for å pakke kofferten og rette nesen mot Nordlands største by, Bodø, for å treffe kollegaer fra nord til sør. Kanskje er du ganske fersk LIS og det er første gang du reiser på årsmøtet – da ønskes du spesielt velkommen av oss i FUGO! På forhånd kan jeg råde deg til å sove godt ut etter siste vakt, for her forventes det diskusjoner, skravling, mingling, spising og festing i mange timer. Og spør gjerne en av oss i FUGO styret om det er noe du lurar på – hva som helst!

Årets FUGO-kurs har vært smekkfullt i lang tid og vi håper det vil bli nyttig for både grønne og modne LIS. Vi håper også at så mange LIS som mulig vil stille ved FUGOs formøte samme kveld. Programmet for formøtet finner du her i Gynekologen. På generalforsamlingen skal det blant annet velges nytt styre. I år er det flere plasser på valg. Vi er fem personer som er ved slutten av vår toårsperiode, mens Anders og Liva er midt i sine toårsperioder. Man velges som styremedlem eller vara og styret konstituerer seg selv senere. Som tidligere år har vi også satt av tid til et lyninnlegg fra spesialitetskomiteen. Så hvis det er noe du lurar på, for eksempel i forhold til ny ordning for spesialistutdanning, kan det være lurt å ha spørsmålene klare på forhånd. Eventuelt kan du gripe tak i et av komitémedlemmene senere i løpet av torsdagen eller fredagen.

Det står mye på FUGOs program det kommende året. Viktigst er kanskje arrangementen av ENTOG-utvekslingen. Vi legger frem de foreløpige planene under FUGOs formøte og i løpet av dagene i Bodø håper vi å kunne rekruttere LIS kontakter ved de aktuelle sykehusene; Bergen, Voss, Haugesund, Førde, Oslo, Åhus,

Drammen, Hønefoss, Bærum, Tønsberg og Stavanger. Dersom du jobber ved et av disse sykehusene, men ikke har mulighet til å stille ved årsmøtet, så send oss en e-post snarest! Vi trenger hjelp fra mange frivillige som ønsker å vise våre europeiske kollegaer hvordan vi arbeider med en av Europas laveste keisersnittsandeler.

Helt til slutt, etter et mislykket forsøk i fjor, har vi i år igjen gjort et forsøk på å skape debatt rundt ny bioteknologilov. Hans Ivar Hanevik, nyvalgt medlem av bioteknologirådet stiller med et spennende innlegg med tittelen «Ny bioteknologilov – det vi har lyst til og det vi får lov til». For oss som har mange år foran oss i faget mener jeg det er viktig å ha en forståelse av bioteknologiloven i et etisk og samfunnspolitisk perspektiv.

«Boksen-går» kampanjen avsluttes nå i Bodø og vi er forberedt på nerver og svetteperler! Vi håper at laparoskopitrening fortsetter å stå høyt på prioriteringslisten ved landets gyn avdelinger også i fremtiden. Poenget er jo nettopp at slike ferdigheter krever trening og øvelse over tid. Vi er superspente på hvilken avdeling som har klart å trene opp den flinkeste LIS i landet. Vi gleder oss!!

## Formøte FUGO onsdag 23. oktober kl. 17:30 -19:00

17.30-18.10: **Generalforsamling FUGO**

18.10-18.20: **ENTOG utveksling i Norge 2020**

18.20-18.25 **Oppdatering fra spesialitetskomiteén**

18.25-19.00: **«Bioteknologiloven**

**– det vi har lyst til og det vi får lov til»**

Foredrag av Hans Ivar Hanevik, nyvalgt medlem av Bioteknologirådet, avdelingsleder/medisinsk ansvarlig overlege ved Fertilitetsavdelingen Sør, postdoc ved Senter for fertilitet og helse, Folkehelseinstituttet.

*“Har du pasienter som trenger fertilitetsbehandling? Når du kontakter våre leger direkte, kan behandlingen starte innen noen dager.”*

**Dr. Jon W. Hausken**

Fertilitetssjekken | IVF & IUI med og uten donorsperm  
ICSI | TESE/PESA | micro-TESE



Dr. Jon W. Hausken  
jon@klinikkhausken.no



Dr. Kirsten Hope  
kirsten@klinikkhausken.no



Dr. Arne Schwennicke  
arne@klinikkhausken.no



Dr. Caroline Backer  
caroline@klinikkhausken.no



Dr. Torolf Holst-Larsen  
torolf@klinikkhausken.no



#### Klinikk Hausken Oslo

Lysaker Torg 5, 1366 Lysaker



#### Klinikk Hausken Stavanger

Eiganesveien 10-12, 4008 Stavanger



#### Klinikk Hausken Bergen

Espehaugen 32, 5258 Blomsterdalen



#### Klinikk Hausken Hagesund

Karmsundsgt. 59, 5531 Hagesund

# FUGO og «Boksen Går!» inviterer til **BATTLE OF THE BEST 2019**

Torsdag 24.10.19. Kl 8.30 -16.30



«Boksen Går!» og kampanjeperioden rundes av med «BATTLE OF THE BEST». Hver avdeling er oppfordret til å sende vinneren lokalt til den nasjonale konkurransen.

Kvalifiseringsrunden gjennomføres ved Boksen Går-standen torsdag 24.10.19 mellom kl. 08.30-16.30. De 4 med best tid går videre til semifinale ved Boksen Går-standen kl. 17. Vinnerne fra semifinalen går videre til finalen som arrangeres live under årsmøtemiddagen.

Da gjenstår det å se hvem av LIS-ene som har best kontroll på

nervene når det gjelder og stikker av med seieren for seg og sin avdeling. Vi lover heder og ære og en gjev premie til vinneren!

PS! Er du overlege og litt misunnelig på LIS-ene? Gå innom Boksen Går-standen og prøv deg på kvalifiseringsøvelsen du også! Den med best tid annonseres under årsmøtemiddagen.

LYKKE TIL!

*Hilsen*

*Marianne Omtvedt*

## Medifa

Undersøkesstol for gynekologi og urologi



## Eva Colpo

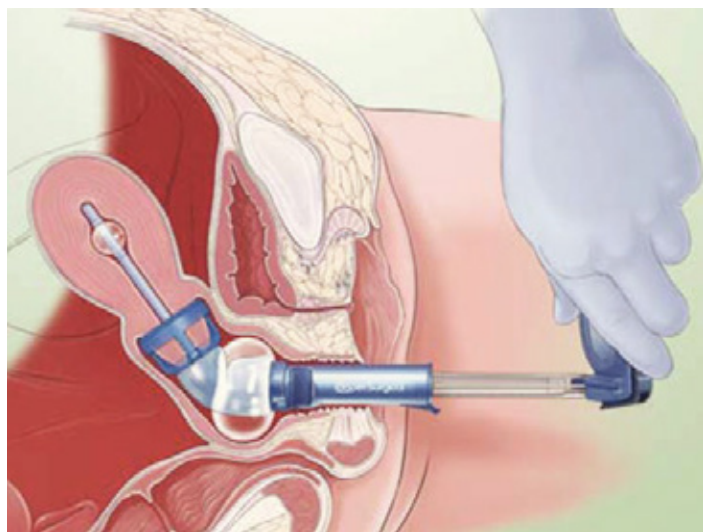
Smart kolposkopi





Leverandør av utstyr til:

Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi



## RUMI® II SYSTEM

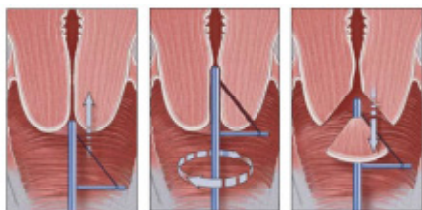
**RUMI II** uterus manipulator til bruk ved laparoskopisk hysterektomi og diagnostikk. Regnes som den mest komplette, robuste og anvendelig manipulatoren på markedet.

- Flergangs håndtak
- Engangs fornix kopp i 4 størrelser
- Engangs obdurator i 6 forskjellige lengder og diameter



## Fischer Cone Biopsy Excisor™

- Enkel å bruke
- Gir full kontroll ved konisk biopsi
- Flere forskjellige størrelser
- Biopsi i et stykke
- Lettere for patologen å stille diagnose



## Isolerte spekler og instrumenter for konisering

- Beskyttet av isolasjon med høyeste kvalitet
- Autoklaverbar
- Lang levetid
- Med og uten røykavsug
- For diatermi og laser kirurgi



## Amnioskop med lys

Engangsamnioskop med lys som gir klar, uhindret og godt opplyst innsyn ved undersøkelser og prøvetaking



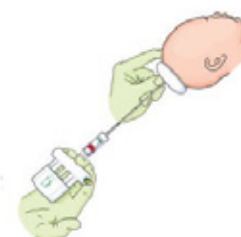
## Kiwi Vakuummopp

For vaginal forløsning og keisersnitt



**Kiwi Omnicup®** with Traction Force Indicator

Complete Vacuum Delivery System with **PalmPump™**



## Årsmøte tilbud: 20% på gyn. instrumenter

Besøk vår stand på NGF årsmøte ved Scandic Havet i Bodø 23.-25. oktober  
å få 20% rabatt ved bestilling før 15. nov. 2019

For flere produkter, se vår hjemmeside; [www.janbye.no](http://www.janbye.no), E-post; [post@janbye.no](mailto:post@janbye.no) Telefon; 64959377

# ENTOG utveksling 2019 – Polen



Hvem er du? En liten polakk.  
Hva er ditt tegn? Den hvite ørn!\*

Av Henriette Skaug, Mark Lewis Barbero og Øystein Pedersen

Årets ENTOG-utveksling gikk til Polen i juni. Der fikk vi nyte varme sommerdager, og møte en på mange måter annerledes kultur enn i Norge. Samtidig ble vi kjent med andre LIS i gynekologi og obstetikk, fra hele 52 europeiske land.

Vi var i år tre heldige LIS fra Norge som fikk delta. Henriette Skaug, LIS ved Sykehuset Telemark og nå i gjennomstrømstilling ved OUS Ullevål, var i Warszawa. Mark Lewis Barbero, LIS ved Haukeland Universitetssykehus og nå i kirurgisk rotasjon til Voss Sykehus, var i Lublin. Øystein Pedersen, LIS ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, var i Kielce.

## Henriette Skaug – Warszawa

Jeg fikk besøke en av Warszawas universitetsklinikker, på plac Sokratesa Starynkiewicza. Dette er en 3. linje-klinikk med gynekologi, obstetikk og nyfødmedisin. Her er ca. 2500 fødsler årlig og akutt og elektiv gynekologi.

Første dagen ble jeg tatt godt imot av verten min, LIS Eliza Kobryn. Jeg fikk omvisning på klinikken og hilste på kollegaer. Førsteinntrykket var som et noe mer slitt Ullevål, men etter hvert skjønte jeg at her foregikk det avansert medisin. Klinikken utfører og forsker blant annet på antenatal kirurgi. I tillegg til intrauterine blodtransfusjoner utfører dem FETO- Foetoscopic Endotracheal Occlusion, der man føtoskopisk ballongokkluderer trachea hos fosteret for å forbedre lungeutvikling ved alvorlige tilfeller av diafraghernie. Det utføres også føtoskopisk behandling av alvorlige tilfeller av spina bifida, hvor man føtoskopisk legger en kollagenpatch over brokket. Dessverre fikk jeg ikke observert noen av disse prosedyrene, det var leit. Første dagen gikk med til visitt på sengepost for risikogravide, med problemstillinger som truende prematur fødsel, preeklampsi og placenta previae med blødninger. Det var skikkelig visitt med et følge på 8-10 leger, jordmødre og studenter. Jeg husker vi lærte på studiet i Tromsø at polske pasienter kunne oppfatte norske leger som usikre dersom vi spør hva dem selv tror eller ønsker, fordi dette ikke er praksis i Polen. Her var det en annen stil i pasientkontakten, for eksempel ble det ikke håndhilst eller spurt pasienten om det var ok å ha med studenter eller kolleger.

Andre dagen fikk jeg besøkt fødeavdelingen. Det er kun tre fødestuer på klinikken som altså har 2500 fødsler i året. Fødestuene var fine og lyse, med flotte nye fødesenger. Skilleveggene mellom stuene var imidlertid tynne, og det var god akustikk. Mulig har de så få fødestuer fordi sectiofrekvensen ligger over 50%. Jeg fikk ikke helt tak i bakgrunnen for så høy andel sectio, men forstod at de fleste var elektive. Det er ikke laktat eller STAN tilgjengelig, noe som vel også kan tenkes å bidra. Det virket også som det var lav andel av operative vaginale forløsninger. Jeg fikk observert en jordmorstyrt fødsel hos en frisk, førstegangsfødende kvinne. Fødselen forløp helt normalt, med CTG påkoblet helt til den siste delen av utdrivingen. Det virket som episiotomi ble utført rutinemessig. Sprek mor og sprekt barn, men både sykepleier og lege fra nyfødt intensiv var tilstede med asfyksibord inne på stua.

Mens vi var på fødeavdelingen var det planlagt et vendingsforsøk grunnet seteleie, hos en annen frisk førstegangsfødende kvinne som hadde etterspurt prosedyren selv. Dette var ekstraordinært fordi vendingsforsøk ikke egentlig utføres ved klinikken, man anbefaler pasienten heller elektivt keisersnitt. Professor Miroslaw Wielgos, leder for avdelingen, var slik jeg forstod det den eneste på klinikken med erfaring i prosedyren. Forut prosedyren brukte man et instrument for å måle bekkenet til kvinnen, en slags ytre pelvimetri. Det var ca. 12 tilskuere på fødestuen, og heldigvis ble det vellykket vending. På spørsmål om hvorfor de ikke rutinemessig gjorde vendingsforsøk for å begrense andelen sectio fikk jeg som svar at kvinnene selv ikke kom til å akseptere det grunnet risiko. Så, den polske pasientautonomien er noe uklar for meg.

Tredje dagen var dessverre verten min opptatt, og jeg forsøkte finne noe å delta i på egenhånd. Dette var ikke optimalt da det allerede var mange studenter og observatører, og ikke alle synes det var greit å snakke engelsk. Jeg observerte litt på UL-poliklinikken, men all kommunikasjon gikk på polsk. Friske lavrisikogravide

\* Dette polske rimet var en gang noe alle polske barn kunne, allerede fra de gikk i barnehagen.



Verten min Eliza ved kuvøsene utenfor nyfødt intensiv



Vi som var på utveksling i Warszawa

har 10 kontroller i svangerskapet, alle i spesialisthelsetjenesten. Dobbeltest i første trimester er standard. Polen har en svært restriktiv abortpolitikk, og i praksis er selvbestemt abort uten annen grunn enn eget ønske forbudt. Men dersom det er påvist avvik ved fosteret (også Down syndrom) kan kvinnen få utført provosert abort på sykehus.

Både verten min og de andre på utveksling i Warszawa hadde vanskelig for å tro at vi i Norge ikke har fosterdiagnostikk i 1. trimester som standard for alle, og at den eneste kontrollen i spesialisthelsetjenesten i utgangspunktet er hos ultralydjordmor i svangerskapsuke 18.

Da jeg etter tredje dagen fortsatt ikke hadde fått observert noen operasjoner fikk jeg tilbud om å hospitere en fjerde dag. Jeg var selv gravid i 2. trimester under utvekslingen, og forstod etter hvert at polske gynekologer ikke får operere eller gå vakt helt fra erkjent svangerskap. Det var visstnok ikke særlig aktuelt å få assistere heller, selv om jeg var i fin form og hovedoperatør på inngrep hjemme. Men denne siste dagen ble jeg heldigvis likevel oppført som 2. assistent på primæroperasjon av et cystocoele med mesh. Imidlertid tilkom det i siste øyeblikk 8 leger fra andre Polske sykehus som deltok på en workshop om descensoperasjoner, så det ble trangt på stua. Likevel- jeg fikk observert prosedyren fra et hjørne. Jeg fikk også kikket innom en fin laparoskopistue hvor det ble utført laparoskopisk supravaginal uterusamputasjon.

Sosialt var det også en innholdsrik uke. Vi var ca. 12 utvekslingskandidater i Warszawa, spredt på ulike klinikker. Vi fikk guidet tur i gamlebyen, besøkte museet for Warszawa-opprøret i 1944 og smakte tradisjonell polsk mat. Det var interessante diskusjoner, særlig rundt fosterdiagnostikk, selvbestemt abort, fosterovervåkning i fødsel og vaginale setefødsler.

Alt i alt var det en lærerik og spennende uke. Jeg har fått et lite innblikk i polsk gynekologi og obstetikk, som virker både høyteknologisk og tradisjonsbasert på samme tid. Det har vært

interessant å se forskjeller og likheter, og å stifte nye bekjentskaper. Utveksling ga absolutt mersmak, og jeg vil anbefale alle som får mulighet til å gripe sjansen (tips - man kan søke utveksling også utenom ENTOG-konferansene. Sjekk ut pilotprosjektet One-to-One exchange på ENTOGs nettsider). Jeg oppfordrer også alle til å ta godt imot utvekslingskandidatene som kommer til oss i Norge neste år.

#### Mark Lewis Barbero – Lublin

ENTOG exchange bygger viktige bruere der vi har mulighet å utvikle gode samarbeider i fremtiden. Men da jeg ble oppfordret til å søke til ENTOG exchange i Polen nølte jeg. Jeg har studert i Ungarn, og utveksling i Øst-Europa fristet ikke. Men siden Bergen skal holde neste års ENTOG kongress, var dette en fin erfaring å ha. Jeg fikk reise til Lublin; den største byen øst for Wisla, 177 km fra Warszawa. Inntrykket mitt allerede i taxi fra flyplassen til hybelen var en «flash-back» til studietiden i Ungarn; innlosjert på studenthybel, utenlandske kolleger fra Tyskland, Tsjekkia, og Skottland og allerede første dag var det tilbake i forelesningssalen med HPV-forelesning av Prof. Paszkowski som tidligere har jobbet på Aker Universitetssykehus HF.

Obstetikk og gynekologi ved Samodielny Publiczny Szpital Kliniczny er inndelt i 3 departementer med totalt 21 leger i spesialisering. Gynekologisk avdeling utfører ca. 470 laparoskopiske inngrep årlig, og 130 onkologiske. Sykehuset hadde ca. 2900 fødsler årlig, hvorav keisersnittfrekvensen på 59%. LiSene vi møtte hadde aldri utført operativ vaginale forløsninger, da det gjøres sjeldent.

I klinikken var jeg tilbake i hierarkisystemet der en refererte til sine overordnende med riktig tittel og etternavn. LiSene gjorde alt det administrative for overlegene; på post, poliklinikken, postoperativ og preoperativ dobbelt- og trippelsjekket LiSene alt. Jeg var mest på gynekologisk avdeling og fikk både assistert og observert på operasjonsstuen. Å assistere med 0 grader laparoskop var både uvant og vanskelig. Angsten for å diatermere ureter ble bare enda sterkere!!!



Samodielny Publiczny Szpital Kliniczny



Operasjonsavdelingen ved Świętokrzyskie Centrum Onkologii



Vertene i Lublin samt vi som var på utveksling i Lublin

Utover det faglige var oppholdet svært sosialt. Det som jeg syns var mest spennende var utveksling av erfaringer og hvordan LIS utdanning utartet seg i de respektive landene.

Helhetlig var oppholdet svært givende både faglig og sosialt. Jeg har fått gode kontakter med andre kolleger i Europa samt nye venner. Neste års ENTOG exchange holdes i Norge, og ENTOG og EBCOG kongress i Bergen. Mange av kollegene jeg har møtt har allerede vist stor interesse å søke exchange på nytt, samt delta i kongressen. Dette er sannsynlig grunnet de norske tradisjonene, særlig de obstetriske som for eksempel keisersnittsfrekvensen, operative vaginale forløsninger og setefødsel.

#### Øystein Pedersen – Kielce

Jeg fikk beskjed om at jeg skulle til byen Kielce i Polen. Siden jeg ikke visste hvor det var, var det bare å ty til Google for svar. Kielce er en by i det sørlige Polen, omkring 170 km sør for Warszawa og 117 km nordøst for Kraków. Kielces historie går tilbake over 900 år og byen har 197.774 innbyggere (2018).

5 LIS som fikk utveksling i Kielce – Štefan fra Tsjekkia, Andrey fra Russland, Maria fra Kypros, Karin fra Østerrike og jeg. Vertene våre var Grzegorz, Magdalena, Kasia, Justyna og Tomasz som jobbet som LIS på sykehuset. Vi ble innkvartert på klosteret Karczówka Klasztor. Vi ble delt i to, fordelt på to sykehus og vi fikk to dager på hvert sykehus. Sykehuset Wojewódzki Szpital Zespolony, der generell gynekologisk og obstetrisk avdeling holdt til, og kreftsykehuset Świętokrzyskie Centrum Onkologii.

Wojewódzki Szpital Zespolony er et av regionssykehusene i Kielce, og tar alt av gynekologiske og obstetriske pasienter. Avdelingen er under ledelse av professor Wojciech Rokita. Ca 2500 fødsler per år og med en keisersnittsfrekvens på ca 50 %.

Den første dagen ble vi møtt av våre verter og gikk ned i den gamle og slitte kjelleren for å skifte. Videre gikk veien opp til morgenmøterommet, vi hilste på professor Rokita og fikk presentert dagens program. Etter et raskt morgenmøte med legene, der kommunikasjonen gikk på polsk, fikk vi en omvisning av avdelingen. Fødestuene ble vist, en med 3 fødesenger på rad og en fødestue med fødeseng og badekar. En operasjonsstue var plassert på føden. Pasientrommene hadde 3-5 pasienter på hvert rom, og på barselsiden var barna sammen med mødrene. Så forholdene var trange.

Videre den dagen assisterte jeg på laparoskopisk adnexoperasjon grunnet endometriomer med overlege Mariusz Malmur, cystene ble tømt og kapselen fjernet. Tilslutt lagt inn 5 mm dren, da det var rutine. Operasjonsstuen var liten med dårlig ventilasjon, så vinduet sto åpent. Etter operasjonen var det undersøkelser av obstetriske pasienter, av overlege Grzegorz Wydrzyński sammen med 2-3 andre leger. Pasientene ble tatt inn på samleband, og de ble undersøkt samtidig som de ble informert. Etter denne seansen var vi vedheng på visittetrunde på avdelingen, der ca. 15-20 stk gikk etter professor Rokita, mens han gikk fra rom til rom og fra pasient til pasient. Så annerledes enn det man er vant til her hjemme. Etter visitten var vi med på ultralydsundersøkelser av gravide. Kl 13 var det tid for å møte ledelsen ved sykehuset, en kort seanse



Middag på restaurant Solna 12

der vi ble ønsket velkommen. Så fulgte et kort ettermiddagsmøte og arbeidsdagen var så over, men definitivt ikke dagen.

Videre fulgte det sosiale programmet. Vertene våre tok oss med til middelalderslottet fra 1200-tallet i Chęciny. Senere på kvelden var det booket bord på restaurant Solna 12, der vi spiste en god frirereters middag.

Dag nummer 2. Jeg assisterte på laparoskopisk total hysterektomi grunnet endometrieccancer. Overlege ved gynekologisk kreft avdelingen, Marcin Misiek kom og var hovedoperatør, Kielces svar på «Da Vinci roboten». Overlege Malmur styrte uterusmanipulatoren. Etter operasjonen var det undersøkelser av obstetriske pasienter med ultralyd og man fikk sett ballonginduksjon. Videre var det fostermedisinske undersøkelser med overlege Daniel Wolder. Vi fikk sett transposisjon av de store arteriene og hjertearytmi med bigemini hos foster. Arbeidsdagen ble avsluttet med anleggelse av cerclage på gravid kvinne i svangerskapsuke 17 på operasjonsstuen. Etter jobb tok vertene våre oss med til paradisgrøtten, Jaskinia Raj og etterpå dro vi til sentrum av Kielce.

Dag 3 byttet jeg sykehus og dro til kreftsykehuset hvor overlege Marcin Misiek holdt til. Gynekologisk onkologi er sentralisert til dette sykehuset i regionen, men dette er ikke vanlig Polen. De hadde ca. 115 primære ovarialcancer operasjoner og ca. det samme med endometrieccancer. Ca. 40 cervixcancer og ca. det samme med vulvacancer.

Selv om de ikke hadde operasjonsdag, hadde de fått avtalt en ekstra operasjonsdag, siden vi var på utveksling der. Pasient med endometrieccancer og planlagt laparoskopisk total hysterektomi, BSOE og sentinel node.

Etterpå dro noen av oss til et kjøpesenter for å kjøpe noen gaver til våre nye venner og til professor Rokita. Når vi kom tilbake til klosteret var det klart for grilling sammen med våre verter. Vi fikk sett solnedgangen fra klokketårnet på klosteret, så det ble en fin avslutning på utvekslingen i Kielce.

Siste dag, var vi igjen med på operasjoner fra morgenen av. Den første pasienten gjøres det laparoskopi med fjerning av endometriomer. Neste pasient planlagt for total hysterektomi med BSOE per laparoskopi grunnet cervixdysplasi og ufri render etter konisering. Da vi måtte reise for å ta toget Warszawa, fikk vi ikke med hele operasjonen.

I Warszawa var det velkomstdrink på kvelden. Fredagen var det tid for 3 workshops på formiddagen: laparoskopiovinger på bokser, ultralyd med pasient og forelesning om vanskelig kommunikasjon. Temaet for resten av konferansen var reproduktiv helse og prenatal testing i Europa. Det hele ble avsluttet med gallamiddag på kvelden, en fin avslutning på en begivenhetsfull uke i Polen.

# Nasjonal Kompetansetjeneste for Seksuelt Overførte Infeksjoner (NKSOI); om HPV og Mykoplasma genitalium (MG) infeksjon

Scandic Solli Hotell, Parkveien 68, Oslo,  
den 22.11.2019.

|       |                                                                                                                                  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08.30 | Registrering                                                                                                                     |
| 09.00 | Velkommen                                                                                                                        |
| 09.05 | HPV vaksineringsprogrammet ved Ellen Furuseth (overlege ved Avdeling for vaksineforebyggbare sykdommer, Folkehelseinstituttet)   |
| 09.20 | HPV screening programmet ved Ameli Trope (Leder for livmorhalsprogrammet, Kreftregisteret)                                       |
| 09.50 | Pause                                                                                                                            |
| 10.00 | HPV relaterte cancerformer i Norge ved Bo Terning Hansen (forsker i Gruppe for epidemiologisk HPV-forskning ved Kreftregisteret) |
| 10.30 | Kondylomer ved Turid Thune (overlege ved Hudavdelingen, Haukeland universitetssjukehus)                                          |
| 11.00 | Pause                                                                                                                            |
| 11.10 | Myter om HPV ved Sveinung Wergeland Sørbye (overlege ved avdeling for klinisk patologi ved Universitetssykehuset Nord-Norge)     |
| 11.55 | Kasuistikk HPV/kondylomer                                                                                                        |
| 12.10 | Spørsmål – diskusjon                                                                                                             |
| 12.30 | Lunsj                                                                                                                            |
| 13.30 | Introduksjon om MG                                                                                                               |
| 13.40 | Siste nytt om MG ved Jørgen Skov Jensen (fra Statens Serum Institutt København)                                                  |
| 14.25 | Pause                                                                                                                            |
| 14.35 | Om moxifloxacin og interaksjoner ved Hilde Fjeld (farmasøyt ved RELIS)                                                           |
| 14.50 | Kasuistikk MG                                                                                                                    |
| 15.10 | Diskusjon/spørsmål                                                                                                               |
| 15.30 | The end                                                                                                                          |

Med forbehold om endringer

Påmelding med **navn og fakturaadresse**  
til **ohanse@ous-hf.no** innen 15.10.19

Du vil få bekreftelse på plass når du er påmeldt.



Intravaginal tampong,  
som reduserer  
stressinkontinens.<sup>(1)</sup>

# DIVEEN®

## KJENN PÅ FRIHETSFØLELSEN!

Klinisk dokumentert effekt ved  
stressinkontinens hos kvinner.<sup>(2)</sup>

*Godkjent på blåresept – hjemmel 501*

For mer informasjon, les på vår hjemmeside:  
[www.bbraun.no](http://www.bbraun.no) eller scan qr-koden:



B. Braun Medical AS | Kjernåsveien 13 B | 3142 Vestskogen | Norge  
Tlf. 33 35 18 00 | [www.bbraun.no](http://www.bbraun.no) | E-post: [kundeservice.no@bbraun.com](mailto:kundeservice.no@bbraun.com)

<sup>(1)</sup> Brevet EP 1 924 218 B1

<sup>(2)</sup> Comu J.N et al. 75NC007 device for noninvasive stress urinary incontinence management in women: a randomized control trial. *International Urogynecology Journal* 2012, 23 (12): 1727-34

# Nytt fra spesialitetskomiteen

Av Marte Myhre Reigstad, leder spesialitetskomiteen

Høsten 2019 startet arbeidet med å gjennomgå utdanningsinstitusjonenes søknader om godkjenning. Dette blir det spesialitetskomiteenes oppgave å bistå Helsedirektoratet med. Videre jobbes det med få godkjent en ny kursportefølje, som nå vil bestå av flere obligatoriske kurs. Dette tror vi er viktig for å opprettholde en nasjonal standard i utdanningen. I tillegg anses kursene som en sentral arena for læring og utdanning.

Legeforeningen følger nå opp landsstyrevedtaket fra 2016 om obligatorisk etterutdanning for spesialister. Forslaget som den gang ble vedtatt, og som nå skal konkretiseres for den enkelte spesialitet, har en obligatorisk og en valgfri del. Tanken er at i løpet av en fem års periode skal et visst antall etterutdanningsaktiviteter gjennomføres. Alle aktiviteter får en poengsum, og i løpet en 5-års periode skal man oppnå 300 poeng. Den obligatoriske delen er tenkt til å inneholde hospitering, kurs (nasjonale og internasjonale), samt fagspesifikke kurs. Den valgfrie delen skal inneholde bl a forskning, undervisning, referee, kurs, internundervisning,



**Marte Myhre Reigstad**  
leder spesialitetskomiteen

utarbeiding av prosedyrer. Spesialitetskomiteen har sammen med NGF satt ned en arbeidsgruppe som skal utarbeide et forslag til vår spesialitet. Dette er en etterlengtet ordning, som vi gleder oss til å se ta form!

Vi håper å se mange av dere på årsmøtet i Bodø, hvor vi skal dele ut både utdanningsprisen og forbildeprisen.

*På vegne av komiteen,  
Marte Reigstad*



Kjerringøy



16211

## 3D OG THUNDERBEAT

### - Den perfekte kombinasjonen.

Med vårt nye 3D system og THUNDERBEAT – gir vi deg neste generasjon av bildebehandling og hemostatisk disseksjon.

#### **2 generasjons 3D system med et eksepsjonelt 3D bilde, med roterbar 30° EndoEye i 3D.**

- Plug & Play
- Autoklaverbart 3D videolaparaskop
- Autofokus

#### **THUNDERBEAT er verdens første fullintegreerte biopolar- og ultralydsinstrument.**

- Pålitelig 7 mm vevforsegling
- Minimal termisk spredning
- Hurtigst i klassen for kutting

# Kjære medlemmer av NGF

Som dere vet, har NFOG utsatt kongressen sin til 2020. Dette for å få så mange som mulig av dere til å være tilstede på EBCOGs Europeiske kongress i Bergen 14-16 mai 2020. Vi håper at norsk og nordisk gynekologi og obstetikk vil bli behørig eksponert for hele verden på kongressen. Det blir mange flotte sesjoner- på en helt ny måte-slik at riktig mange får presentert sine bidrag. I tillegg blir det «Hands- on-training-sessions», «Meet the experts», «Quizes» og selvsagt sosiale arrangementer! FUGO har arrangert den europeiske LIS-utveksling i Norge, som avsluttes med vitenskapelige sesjoner og årsmøte.

Alle detaljer kan dere finne på <https://www.ebcog2020.org/> og vi vil gi mer informasjon på årsmøtet i Bodø!

Abstrakt-invitasjonen er nå åpnet, så bare start å sende inn vitenskapelige bidrag.

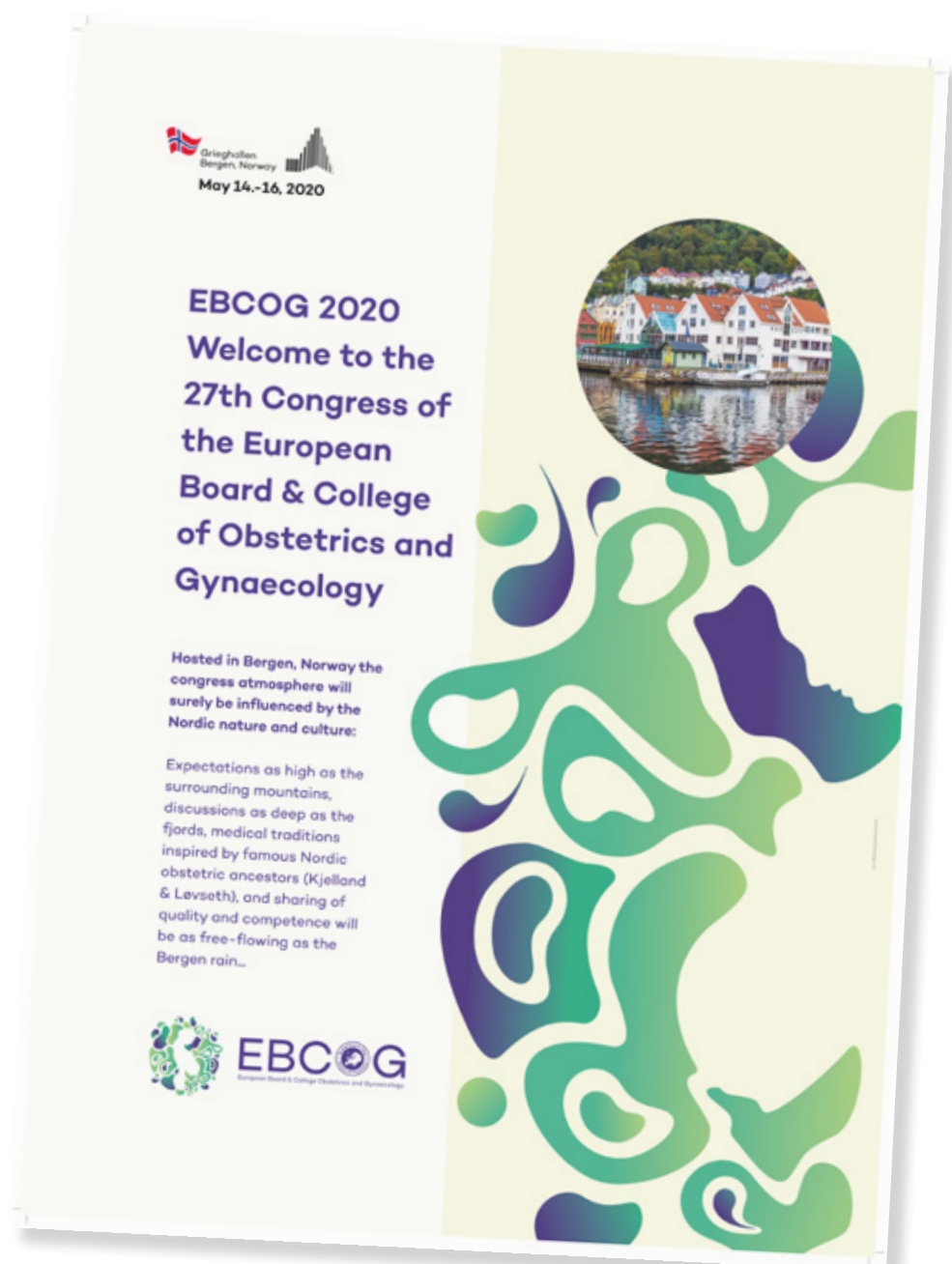
For de av dere som ikke vet hva EBCOG-European Board and College of Obstetrics and Gynaecology-står for, så holder det i denne omgangen å nevne at norsk gynekologi og obstetikk ikke hadde hatt den gode standard den har, uten log-boken, kompetansesstigen og avdelingsbesøkene som spesialitetskomiteen introduserte fra samme i'90-årene.

Hjertelig velkommen

**Prof. Jacky Nizard**  
*EBCOG/Bergen 2020 Congress President*

**Prof. Jone Trovik**  
*Bergen 2020 Local Congress President*

**Yngvild Hannestad**  
**Knut Hordnes**  
**Rolf Kirschner**





## *For the treatment of Stress Urinary Incontinence*

***≥80% subjective success rates  
when Bulkamid is offered as a  
1st line treatment<sup>1,2,3</sup>***

**Is it time to think about Bulkamid  
as a first line treatment for  
stress urinary incontinence?**

**For more information visit [www.bulkamid.com](http://www.bulkamid.com)  
or contact us at [info@bulkamid.com](mailto:info@bulkamid.com)**



1. Pai A, Al-Singary W. Durability, safety and efficacy of polyacrylamide hydrogel (Bulkamid®) in the management of stress and mixed urinary incontinence: three year follow up outcomes. Cent European J Urol. 2015; 68(4):428-433. 2. Lobodasch K & Brosche T. Long-term effectiveness and durability of Bulkamid® as primary treatment of stress urinary incontinence - a longitudinal study. ICS 2015 abstract. 3. Andrews et al. Bulkamid® - does the volume injected affect outcome? IUGA 2015 Poster.

sFlt-1  
PlGF  
PAPP-A

## Complete pre-eclampsia portfolio

Reliable first trimester screening and improved diagnosis  
and short-term prognosis >20 weeks of gestation



**B·R·A·H·M·S biomarker PAPP-A, PlGF and sFlt-1**

Outstanding precision and long-term stability



**B·R·A·H·M·S Fast Screen pre I plus**

CE marked software for risk assessments



**B·R·A·H·M·S KRYPTOR systems**

Fast, precise and easy biomarker measurements

**Your ACCESS to an  
interactive e-detail**

Get more information on  
pre-eclampsia management  
throughout pregnancy



[prenatal.world-of-biomarkers.com](https://prenatal.world-of-biomarkers.com)

Pin code: **ratio01**



Products are CE marked but not 510(k)-cleared and not available for sale in the U.S. Availability of products in each country depends on local regulatory marketing authorization status.

© 2019 Thermo Fisher Scientific Inc. All rights reserved. All trademarks are the property of Thermo Fisher Scientific and its subsidiaries unless otherwise specified. KRYPTOR is a trademark of CIS bio international, licensed for use by B·R·A·H·M·S, a part of Thermo Fisher Scientific.

**ThermoFisher**  
SCIENTIFIC

# Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: a systematic review and meta-analysis of randomized trials

Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Aug;98(8):958-966.  
doi: 10.1111/aogs.

Gabriele Saccone<sup>1</sup>, Luigi Della Corte<sup>1</sup>, Giuseppe Maria Maruotti<sup>1</sup>, Johanna Quist-Nelson<sup>2</sup>, Antonio Raffone<sup>1</sup>, Valentino De Vivo<sup>1</sup>, Gennaro Esposito<sup>1</sup>, Fulvio Zullo<sup>1</sup>, Vincenzo Berghella<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Neuroscience, Reproductive Sciences and Dentistry, School of Medicine, University of Naples Federico II, Naples, Italy; <sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Maternal-Fetal Medicine, Sidney Kimmel Medical College of Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA, USA

**Introduction:** The lowest incidence of perinatal morbidity and mortality occurs around 39–40 weeks. Therefore, some have advocated induction of uncomplicated singleton gestations once they reach full-term. The aim of the study was to evaluate the risk of cesarean delivery and any maternal and perinatal effects of a policy of induction of labor in full-term uncomplicated women with singleton gestations.

**Material and methods:** We performed an electronic search from inception of each database to August 2018. All results were then limited to randomized trial. No restrictions for language or geographic location were applied. Inclusion criteria were randomized clinical trials of asymptomatic and uncomplicated pregnant women with singleton gestations at full-term (i.e. between 39 weeks 0/7 days and 40 weeks 6/7 days) who were randomized to either planned induction of labor or control (i.e. expectant management). Only trials on asymptomatic singleton gestations without premature rupture of membranes or any other indications for induction evaluating the effectiveness of planned induction of labor in full-term singleton gestations were included. The primary outcome was the incidence of cesarean delivery.

**Results:** Seven randomized clinical trials, including 7,598 participants were analyzed. Three studies enrolled only women with favorable cervix defined as a Bishop score of 5 or greater in nulliparous or 4 or greater in multiparous patients. One trial included only women aged 35 years or older. Women randomized to the planned induction of labor, received scheduled induction usually at 39 0/7 – 39 6/7 weeks of gestation, while women in the control group received expectant management usually until 41 – 42 weeks of gestation, or earlier if medically indicated. Methods of induction usually included cervical ripening, with either misoprostol or Foley, in conjunction with or followed by oxytocin for women with unfavorable cervix, and oxytocin and artificial rupture of membranes for those with favorable

cervix. Five trials used also artificial rupture of membranes as method for induction. Uncomplicated full-term singleton gestations that were randomized to receive induction of labor had similar incidence of cesarean delivery compared to controls (18.6% vs 21.4%; RR 0.96, 95% CI 0.78 to 1.19). Regarding neonatal outcomes, induction of labor at full-term was associated with a significantly lower rate of meconium stained amniotic fluid (4.0% vs 13.5%; RR 0.32, 95% CI 0.18 to 0.57), and lower mean birth weight (mean difference -98.96 grams, 95% CI -126.29 to -71.63) compared to control group. There were no between-group differences in other adverse neonatal outcomes.

**Conclusions:** Induction of labor at about 39 weeks is not associated with increased risk of cesarean delivery.

# The efficacy of misoprostol vaginal insert compared with oral misoprostol in the induction of labor of nulliparous women: a randomized national multicenter trial

Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Aug;98(8):1032-1039.  
doi: 10.1111/aogs.13580.

Emma Hokkila<sup>1</sup>, Heidi Kruit<sup>2,3</sup>, Leena Rahkonen<sup>2,3</sup>, Susanna Timonen<sup>4</sup>, Mirjami Mattila<sup>4</sup>, Liisa Laatio<sup>5</sup>, Maija-Riitta Orden<sup>6</sup>, Jukka Uotila<sup>7</sup>, Tiina Luukkaala<sup>8,9</sup>, Kati Tihtonen<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Lapland Central hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Rovaniemi, Finland; <sup>2</sup>Helsinki University hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Helsinki, Finland; <sup>3</sup>Helsinki University, Finland; <sup>4</sup>Turku University hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Turku, Finland; <sup>5</sup>Oulu University hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Oulu, Finland; <sup>6</sup>Kuopio University hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Kuopio, Finland; <sup>7</sup>Tampere University hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Tampere, Finland; <sup>8</sup>Tampere University, Health Sciences, Faculty of Social Sciences, Finland; <sup>9</sup>Tampere University Hospital, Research, Development and Innovation Centre, Finland

**Introduction:** Our objective was to compare the efficacy of a 200-µg misoprostol vaginal insert (MVI) vs oral misoprostol regarding the cesarean section rate and the time interval to vaginal delivery in nulliparous women with unfavorable cervix.

**Material and methods:** In this prospective multicenter trial 283 nulliparous women at term with Bishop score < 6 were randomized to induction of labor with either an MVI (n=140) or oral misoprostol (n=143). Oral misoprostol was administered 50 µg four-hourly up to three times during the first day and 100 µg four-hourly up to three times during the second day, if necessary. Primary outcome was

the cesarean section rate. Secondary outcomes were the time from induction of labor to vaginal delivery, the rate of other induction methods needed, labor augmentation with oxytocin and/or amniotomy, use of tocolytics and adverse neonatal and maternal events. **Results:** In the MVI group, median time to vaginal delivery was shorter (24.5 vs. 44.2 hours,  $p < 0.001$ ) whereas no difference was found in the cesarean section rate (33.8% vs. 29.6%, OR 1.21, 95% CI 0.66–1.91,  $p=0.67$ ). Other induction methods and labor augmentation with oxytocin and/or amniotomy were less frequent in the MVI group (OR 0.32, 95% CI 0.18–0.59 and OR 0.56, 95% CI 0.32–0.99 respectively). Need for tocolysis and meconium-stained amniotic fluid were more common in the MVI group (OR 3.63, 95% CI 1.12–11.79 and OR 2.38, 95% CI 1.32–4.29 respectively). Maternal and neonatal adverse events did not differ between groups. **Conclusions:** MVI proved to shorten the time to vaginal delivery and it reduced the use of other methods of labor induction and augmentation but did not reduce the cesarean section rate compared with oral misoprostol. The benefit of more rapid delivery associated with MVI should be weighed against the greater risks for uterine hyperstimulation and meconium-stained amniotic fluid.

## Conservative treatment of rectosigmoid endometriosis: a prospective study

Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Sep;98(9):1139–1147.  
doi: 10.1111/aogs.13619.

Anne G. Egekvist<sup>1</sup>, Edvard Marinovskij<sup>2</sup>, Axel Forman<sup>1</sup>, Ulrik S. Kesmodel<sup>3</sup>, Ole Graumann<sup>4</sup>, Mikkel Seyer-Hansen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark; <sup>2</sup>The MR Center, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark; <sup>3</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Herlev and Gentofte University Hospital, Herlev, Denmark; <sup>4</sup>Department of Radiology, Odense University Hospital, Odense, Denmark

**Introduction:** Deep infiltrating endometriosis is a common cause of pelvic pain. However, some patients have limited problems that may be controlled by medical treatment, thus avoiding potentially severe complications to major surgery. This approach requires detailed knowledge on the quality of life and clinical symptoms over time. The aim of the study was therefore to monitor these parameters in patients with rectosigmoid endometriosis treated with oral contraceptives, oral gestagens and /or the levonorgestrel-releasing intrauterine device. Moreover, nodule size measurements performed with transvaginal sonography were correlated to severity of symptoms.

**Material and methods:** Conservatively treated patients on oral contraceptives, oral gestagens, or the levonorgestrel-releasing intrauterine device underwent transvaginal sonography and answered a self-administered questionnaire regarding clinical symptoms and quality of life (Short Form 36 and Endometriosis Health Profile 30) at baseline, and six and 12 months later.

**Results:** Eighty women completed the follow-up. Scores of quality of life were comparable to normative data for Danish women of similar age and did not change with time. No association between change in size of the rectosigmoid nodule and change in symptoms was seen.

**Conclusions:** This study supports that simple treatment with oral contraceptives, oral gestagens, or the levonorgestrel-releasing intrauterine device represents a viable therapeutic approach to rectosigmoid deep infiltrating endometriosis, provided that proper selection of patients in need of surgery exists.

## Shock index thresholds to predict adverse outcomes in maternal hemorrhage and sepsis: a prospective cohort study

Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Sep;98(9):1178–1186.  
doi: 10.1111/aogs.13626

Hannah L Nathan<sup>1</sup>, Paul T Seed<sup>1</sup>, Natasha L Hezelgrave<sup>1</sup>, Annemarie De Greeff<sup>1</sup>, Elodie Lawley<sup>1</sup>, John Anthony<sup>2</sup>, Wilhelm Steyn<sup>3</sup>, David R Hall<sup>3</sup>, Lucy C Chappell<sup>1</sup>, Andrew H Shennan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Women and Children's Health, King's College London, London, UK, <sup>2</sup>Maternity Department, Groote Schuur Hospital, University of Cape Town, Cape Town, South Africa, <sup>3</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Stellenbosch University, Cape Town, South Africa

**Introduction:** Shock Index (SI) is a predictor of hemodynamic compromise in obstetric patients. The Shock Index threshold for action is not well understood. We aimed to evaluate Shock Index thresholds as predictors of outcomes in obstetric patients.

**Material and methods:** We undertook a prospective cohort study at three South African hospitals of women with postpartum hemorrhage ( $n=283$ ) or maternal sepsis ( $n=126$ ). The 'first' and 'worst' SI following diagnosis were recorded. SI was compared to conventional vital signs as predictors of outcomes. The performance of  $SI < 0.9$ ,  $SI 0.9-1.69$ ,  $SI \geq 1.7$  to predict outcomes (maternal death; Critical Care Unit admission; major procedure; hysterectomy; hemorrhage-specific outcomes (lowest hemoglobin  $< 70\text{g/L}$ ; blood transfusion  $\geq 4\text{iu}$ ) were evaluated.

**Results:** 'First' Shock Index was one of two best performing vital signs for every outcome in postpartum hemorrhage and sepsis. In hemorrhage, risk of all outcomes increased with increasing 'first' SI; for blood transfusion  $\geq 4\text{iu}$  odds ratio was 4.24 (95% CI 1.25–14.36) for  $SI \geq 1.7$  vs.  $SI 0.9-1.69$ . In sepsis, risk of all outcomes increased with increasing 'worst' SI. Sensitivity, specificity, positive and negative predictive values of 'first'  $SI < 0.9$  vs.  $SI \geq 0.9$  for maternal death were 100.0%, 55.2%, 4.6%, 100.0%, respectively in hemorrhage and 80.0%, 50.4%, 12.3%, 96.7%, respectively in sepsis.

**Conclusions:** Shock Index was a consistent predictor of outcomes compared to conventional vital signs in postpartum hemorrhage and sepsis.  $SI < 0.9$  performed well as a rule-out test and  $SI 0.9-1.69$  and  $SI \geq 1.7$  indicated increased risk of all outcomes in both cohorts. These thresholds may alert to the need for urgent intervention and prevent maternal deaths.

## AOGS first-paper-package deal for PhD students

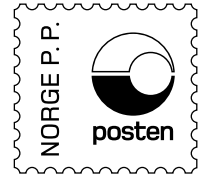
**AOGS now offers the "first-paper-package" for PhD students. The first-paper-package is designed for PhD candidates formally registered with a university, who are submitting their first original research article that is meant to be part of their future doctoral thesis. AOGS will need a letter from your supervisor confirming your registration as a PhD student and the first-paper status at the time of submission of your manuscript for inclusion in this category.**

At AOGS we especially value the development of the next generation of researchers and clinical academics. In order to facilitate the first submission to eventually become a published paper, we have developed a specific first-paper-package deal:

- **A prioritised review process.** The submitted manuscript is guaranteed to receive an external peer-review. Additionally, the manuscript will also undergo in-house review by an editorial board member. All this is designed to improve the paper to its very best and thus increasing its quality and impact, thereby aiding the future PhD defence.
- An optional **interview published on the AOGS website.** The AOGS website platform is already regularly publishing interviews with outstanding and well-known researchers. As part of the first-paper-package a short interview with the PhD candidate authoring an accepted article may be published on the AOGS website along with a photograph. This is a great way to establish yourself as a young upcoming researcher within the field.
- A chance to win the **first-paper-prize.** Among all accepted articles in this category, The best manuscript will be awarded the first-paper-prize of 2500 DKK. The prize will be awarded biannually at the NFOG congress and announced on the AOGS website.

**The first-paper-package deal is a special service designed to encourage and help PhD candidates in the very beginning of their scientific career. However, it should not be seen as a guarantee for ultimately having your manuscript published in AOGS, as we will still judge the manuscript based on the same criteria as all other submissions. There is also no obligation to submit subsequent manuscripts of your PhD project to AOGS, but you are welcome to do so.**

Avs.: Polinor pluss



Returadresse:  
Den Norske Legeforening  
Pb 1152 Sentrum  
0107 Oslo

# NY GYNEKOLOGISK VEILEDER OM URININKONTINENS



HÅPER Å SE DERE PÅ ÅRSMØTET I BODØ