

23-2
2010

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening



INNHOOLD

■ **HPV-vaksinering i Norge** - hva er status? s. 8 ■ **Krimforfatter med suksess** s. 12 ■ **Nytt gjennombruddsprosjekt om keisersnitt?** s.25 ■ **Årsmøteprogram** s. 29



Hiprex

(metenaminhippurat)



Profylakse med Hiprex®

- gir signifikant redusert forekomst av postoperativ bakteriuri og urinveisinfeksjon¹

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

Langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner²

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

c Hiprex "Meda"

Urinveisantiseptikum.

T DOSEPULVER 1 g: Hver pose inneh.: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Sitronsmak. **TABLETTER 1 g:** Hver tablett inneh.: Metenaminhippurat 1 g, hjelpestoffer. Med delestrek. **Indika-sjoner:** Langtidsprofylakse ved kronisk residiverende urinveisinfeksjoner etter initialbehandling med kjemoterapeutika eller antibiotika. Profylaktisk ved kort-/langtids kateterdrenerasje og ved transuretrale operasjoner. Bør overveies også ved enkelt-kateteriseringer, cystoskopier og ved urodynamiske målinger i urinveiene. **Dosering: Voksne:** 1 tablett/doseringspose 2 ganger daglig. Fortrinnsvis etter morgen- og kveldsurinering. **Barn: 6-12 år:** ½ tablett 2 ganger daglig. Tabletten kan knuses og gis sammen med f.eks. syltetøy. Innholdet i 1 doseringspose røres ut i ¼-½ glass vann. **Kontraindikasjoner:** Alvorlig lever og nyreinsuffisiens, alvorlig dehydrering og metabolsk acidose, samtidig sulfonamidterapi (pga. fare for krystalluri). **Interaksjoner:** Se Kontraindikasjoner. Alkaliske stoffer hemmer metenaminets virkning. Samtidig bruk med acetazolamid bør unngås da effekten av metenamin vil reduseres. Laboratorieverdier: Avhengig av analysemetoden kan metenamin interferere med bestemmelse av steroider og katekolaminer i urinen og derved gi feilaktig resultat. (I: J01X X05 metenamin) **Graviditet/Amning: Overgang i placenta:** Risiko ved bruk under graviditet vurderes som liten. **Overgang i morsmelk:** Går over, men risiko for å påvirke barnet er liten. Preparatet kan derfor brukes under amming. **Bivirkninger: Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Brekninger, irritasjon av mavesekk, kvalme, urolig mage. Hud: Utslett. Urogenitale: Irritasjon av urinblære. **Sjeldne (<1/1000):** Urogenitale: Hematuri. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger J01X X05. **Virkningsmekanisme:** Utskilles i nyrene og spaltes til metenamin og hippursyre. Metenamin hydrolyseres i sur urin og danner formaldehyd som virker baktericid gjennom å reagere med funksjonelle grupper i bakterienes enzymer, som derved blir denaturert og uten funksjon. En sur pH i urinen opprettholdes i de fleste tilfeller med hippursyren som i seg selv har bakteriostatisk effekt. Hos pasienter med kronisk bakteriuri, som pasienter med kontinuerlig kateterdrenerasje og hvor bakteriurien skyldes Proteus og Pseudomonas, bør pH i bløeurin følges. Proteus og Pseudomonas spalter urinbestanddelene til basiske stoffer. Det kan derfor være aktuelt å tilføre surgjørende substanser. **Absorpsjon:** Hurtig. Formaldehyd kan påvises i urinen 30 minutter etter administrering. **Halveringstid:** 8 timer. **Utskillelse:** Ca. 85% skilles ut i urinen i løpet av 24 timer. 32 timer etter siste dose er alt utskilt. **Pakninger og priser: Dosepulver:** 100 stk. kr 342,20. **Tabletter:** 20 stk. kr 72,20. 100 stk. kr 198,90. **T:** 19b) 2, 38a) 2. **Refusjon: I hht. refusjonslisten: J01X X05 Metenamin Refusjonsberettiget bruk:** Langtidsprofylakse ved kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyrer/urinveier og langtids kateterdrenerasje. Infeksjonsprofylakse urinveier ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets sluttfase. **Refusjonskode: ICPC -90,** Palliativ behandling i livets sluttfase. A89, Urinveiskateter problemer, vilkår nr : 68. B99. Immunsvikt INA, vilkår nr : 31. **ICD-90,** Palliativ behandling i livets sluttfase- Vilkår nr.31: D80 Immunsvikt med overveiende antistoffmangel, D81 Kombinert immunsvikt, D82 Immunsvikt forbundet med andre større defekter, D83 Vanlig variabel immunsvikt, D84 Annen immunsvikt. Vilkår.nr 68,141: N10 Akutt tubulo-interstitiell nefritt. **ICPC** vilkår nr. 68,141: U70 Nyrebekkenbetennelse, U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA, U72 Uretritt, **ICD** vilkår nr. 68,141: N11 Kronisk tubulointerstitiell nefritt, N12 Tubulointerstitiell nefritt, ikke spes. som ak. eller kr., N15 Andre tubulointerstitielle nyresykdommer, N30 Cystitt, N34 Uretritt og uretrasyndrom, N39.0 Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon. Vilkår: 31: Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på blå resept. 68: Når et legemiddel ikke lenger er virksomt, må det foretas bakteriologisk undersøkelse med resistensbestemmelse før man skifter til et annet middel som kan godtgjøres. 141: Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: 1. Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyrer/urinveier. 2. Pasienten har i gjennomsnitt de to siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i nyrer/urinveier. 3. Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i nyrer/urinveier. Sist endret: 13.06.2007.

Referanser: 1. Schiøtz H.A and Guttu K. Value of urinary prophylaxis with methenamine in gynecologic surgery. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 743-746. 2. www.felleskatalogen.no, november 2009. 3. Bergan T., Sander S. Urinveisantiseptika. Tidsskr Nor Lægeforen 1975; 95: 383-4. 4. Pedersen S. Long-term prophylaxis with methenamine hippurate in girls with recurrent urinary tract infections. Acta Paediatr. Scand 1978; 67: 597-9. 5. Nilsson S. Long-term treatment with methenamine hippurate in recurrent urinary tract infection. Acta Med Scand 1975; 198:81-5. 6. Høivik H.O. og medarbeider. Profylakse ved residiverende cystitt hos fertile kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 16: 1150-52. 7. Gundersen et al. Hyppig forekommende cystitter hos eldre kvinner. Tidsskrift Nor Lægeforen (25) 1986; 1006: 2048-2049.

MEDA

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

GYNEKOLOGEN

Tidsskrift for Norsk Gynekologisk Forening

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

Ansvarlig redaktør

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

Medredaktør og annonseansvarlig

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

Redaksjonsmedlemmer

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

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

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

Nettredaktør

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

Design/layout

Liv K. Norland
Akuttjournalen Arena AS
E-mail: artdirector@akuttjournalen.com
Tlf: 51 74 14 80 / fax: 51 74 14 81

Forsidefoto

Oskar Johan Skår

GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister 2010

nr 3; 1. juni
nr 4; 1. oktober

Innhold

■ Redaktøren	4
■ Leder	5
■ Artikkel	
Nobelprisvinner på Norgesbesøk	6
HPV-vaksinering i Norge - hva er status?	8
Glad for å ha skapt debatt	10
Krimforfatter med suksess	12
Lymfom i vulva - en kasuistikk	15
■ Disputas	
Livmorbeavarende behandling av muskelknuter	17
■ Debatt	
Retten til sikre aborter eller vern om det ufødte liv?	18
■ FUGO	
Kjære FUGO medlemmer!	22
Fugo-kurs: Infertilitet	23
■ Foreningsnytt	
Bør vi gjenta et gjennombruddsprosjekt om keisersnitt?	25
■ Årsmøte	
- Årets viktigste gynekologiske forum!	26
Velkommen til Arendal	27
Program NGF Årsmøte	29
■ Kurs/kongress	
Kongress for klinisk HPV-forskning	31
NGFs vårmøte i Trondheim	33
21th European Congress of Obstetrics and Gynaecology	34
NFOG Specialist Course 2010	37
Kongresskalender	38



23-2
2010



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Styret i Norsk Gynekologisk Forening 2010-2011

Leder	Bjørn Backe	NTNU, Kvinnekliviken St.Olavs Hospital	bjorn.backe@ntnu.no	900 35 427
Nestleder	Knut Hordnes	Kvinnekliviken, Haukeland Universitetssykehus	knut.hordnes@uib.no	915 38 874
Vitenskapelig sekretær	Kevin Sunde Oppegaard	Gyn. avdeling, klinikk Hammerfest	kevin.s.oppegaard@helse-finnmark.no	78 42 10 00
Kasserer	Torill Kolås	Sykehuset Innlandet Lillehammer	toril.kolaas@c2i.net	906 63 264
Styremedlem og Redaktør Gynekologen (PSL)	Runa S. Aabø	Sandvika Spesialistsenter	raa@sandspes.no	415 18 715
Sekretær (FUGO)	Marte Myhre	Ringerike sykehus, Hønefoss	martemyhre@yahoo.no	990 02 294
Varamedlem	Synnøve Lian-Johnsen	Kvinnekliviken, Haukeland universitetssykehus	synnove.johnsen@helse-bergen	909 57 029
Varamedlem (for PSL)	Jørn-Hugo Carlsen	Privatpraksis, Tønsberg	jorn.h@bluezone.no	950 20 854
Varamedlem (for FUGO)	Erik Andreas Torkildsen	Kvinnekliviken, Stavanger Universitetssykehus	toea@sus.no	926 01 220

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

NGF

– forening med gjennomslagskraft



Å bidra til å sikre kvinner god helse er vårt anliggende. I vår kliniske hverdag ser vi sykdomstilstander som er alvorlige og hvor behandlingen kan få store konsekvenser. Det er derfor naturlig at vi har et sterkt ønske om å bidra til forebygging der det lar seg gjøre.

Engasjerte kolleger i foreningen har gjennom mange år bidratt i arbeidet for forebygging av livmorhalskreft. Det tok lang tid før vi kom i gang med et organisert cytologiscreening program, og effekten av det er tydelig med fallende incidens. Dekningsgraden i programmet er vel 80%, og vel halvparten av de 300 nye tilfellene med livmorhalskreft som diagnostiseres årlig, forekommer hos kvinner som ikke har vært til screeningundersøkelse.

For oppdagelsen av sammenhengen mellom HPV-virus og livmorhalskreft ble Harald zur Hausen tildelt Nobelprisen i medisin i 2008. Den nye kunnskapen har gjort det mulig å utvikle både nye tester til hjelp i diagnostiseringen, og å fremstille vaksiner som så langt har vist å forebygge forstadier forårsaket av HPV 16 og 18. Disse

to HPV-typene er ansvarlige for ca 70% av tilfellene av livmorhalskreft.

HPV-vaksiner har vært tilgjengelig her i landet fra 2006 og ble implementert i barnevaksinasjonsprogrammet høsten 2009. Parallelt med vaksinasjon er det behov for å forbedre screeningprogrammet. Det planlegges forsøksprosjekt med HPV-testing i primærscreening, og flere av foreningens medlemmer er delaktige i planleggingen i samarbeid med helsemyndighetene. Foreningen har også bedt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten å vurdere den diagnostiske nøyaktigheten til cytologi og ulike HPV-tester, og å vurdere hvilke tester som er mest kostnadseffektive.

Av alle operative inngrep som utføres i Norge, ligger keisersnitt nå på topp med ca 10 000 inngrep pr år. I 1998/1999 gjennomførte NGF i samarbeid med Dnlf og MFR det første gjennombruddsprosjektet om keisersnitt. Det fokus som keisersnitt fikk under prosjektet kan være en av årsakene til at keisersnittfrekvensen i Norge har hatt en vesentlig lavere økning enn i land det er naturlig å sammenligne seg med.

Foreningen har fått midler til en planleggingsfase med tanke på å gjennomføre et nytt gjennombruddsprosjekt. Det er ønskelig å begrense bruken av keisersnitt til de tilfeller hvor det foreligger en dokumentert fordel for mor og barn. Et nytt gjennombruddsprosjekt vil kunne gi oss viktig informasjon i valget av den beste fødselsmetode for den enkelte, og være et verktøy i den videre kvalitetsforbedring innen fødselsomsorg.

NGF'S REPRESENTASJON I STYRER/RÅD/KOMITEER

STAN-GRUPPEN

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

LAPAROSKOPIUTVALGET

Jostein Tjugum, Ingeborg B. Engelsen, Anton Langebrekke, Marit Lieng, Eilef Hellem

NETTREDAKSJONEN

Pooja Parashar

GYNEKOLOGEN

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

KVALITETSUTVALGET

Kåre Augensen, Bjørn Hagen, Jan Martin Maltau, Pål Øian

FUGO

Sissel Oversand (2009/2010), Erik Andreas Torkildsen (2010/2011), Christian Tappert (2009/2010), Marte F Myhre (2009/2010), Pawel Wilkosz (2010/2011) og Kristine Kleivdal (2010/2011)

NPE-KOMITEEN

Pål Øian, Bjørn Hagen, Runar Eraker

REVISJONSKOMITE – PROSEDYREKODER

Anne Zandjani, Stian Vestad

ANDRE RELATERTE INSTANSER:

SPECIALITETSKOMITEEN

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

NFGO

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

EBCOG (For 2010-2011):

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

NFOG'S NEMNDER

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

”Caring is the key to our future”, men det er fortsatt vi som bestemmer



Jeg har alltid planlagt å bli ganske gammel. Da vil jeg bli intervjuet i egenskap av å ha blitt en aktet og klok mann som flyter over av kunnskap og visdom. Og da vil jeg kanskje berette om utvalgte artikler som har gjort inntrykk/påvirket mitt liv (høytidelig dette!) – Nylig kom jeg over en gulnet artikkel som jeg la til side for snart 30 år siden i påvente av denne anledningen. Tittelen står ovenfor, dette var en Presidential Address i Obstet Gynecol skrevet av den nyvalgte lederen av American College of Obst and Gyn.

Det er en risiko for at vi neglisjerer ”caring”-aspektet. Våre faglige helter har ofte spiss kunnskap, de er ikke nødvendigvis kjent for å være flinke med pasienter. Faget drives framover av smalspektrede fagfolk med få men dype og sterke interesser. Her ligger en fare. Det kan virke både banal og basalt å skrive at vi alltid må huske at vi behandler hele mennesker, hvor kropp og

sjel fortsatt henger sammen. Like fullt er dette viktige aspekter, som vi må ta inn over oss for at både vi fagfolkene og vårt fag skal utvikles i riktig retning. Slike synspunkter ble tatt opp i de gamle artikkelen, og er absolutt relevante fortsatt. Hvis vi neglisjerer myksidene risikere vi å bli teknikere på den anatomiske regionen som kalles ”nedentil”. Det vil være ille dersom andre (sykepleiere/ jordmødre/sosionomer /turnuskandidater / samtaleterapeuter) skal ta samtalene mens vi gjør TVT, BSO, LAVH, TCER, TCPR, NEAS eller hva vi nå gjør.

Årsaken til at jeg skriver dette er at jeg av og til lurer på om ikke deler av faget vårt får for liten oppmerksomhet. Hvordan er det for eksempel med forståelsen av at kropp og sjel ikke bare henger sammen, men at det er en gjensidig påvirkning? At smerter utmerket godt og kanskje oftest nettopp ikke har en somatisk årsak? Og at vi kanskje bør gi signaler om alternative måter å forstå smerter på ganske tidlig i utredningen så ikke tanken om at det som er galt må være noe av fysisk art, fester seg? Smerter og subjektive symptomer har alltid en sjelelig eller psykisk dimensjon, og det må vi både vite og forstå.

Mye av det jeg ble sjarmert av i denne artikkelen i 1981 er nå selvfølgeligheter, interessant nok. Verden har forandret seg. Forfatteren diskuterte for eksempel om det var fornuftig ressursbruk å satse på nyfødte under 1000 g, nå det ingen aktuell problemstilling. I artikkelen framheves

empati, at vi må forstå og dele pasientens følelser. I dag hadde det kanskje stått empatisk kommunikasjon. Det å vise pasientene at vi forstår deres følelser gjelder ikke bare i livstruende situasjoner. Også mindre plager og klager (=bagateller) er ofte forbundet med stress og angst for at det kan være noe farlig. Her har vi nok en del å lære av allmenlegene, som har en tradisjon for å jobbe med konsultasjonsteknikker og med kommunikasjon. Jeg tror vi har et betydelig forbedringspotensiale i somatisk spesialisthelsetjeneste når det gjelder kommunikasjon. Det er ofte enkelt, et spørsmål kan være forløsende (”Gruer du deg til fødselen?”) og jobben vår består ofte i å lytte uten å si så mye, altså enkel jobb.

I den 30 år gamle artikkelen sto det at dagens (det var i 1981!) opplyste kvinner ønsker å vite hva legen vil gjøre, hvorfor, alternativene og fordeler/ulempes. Dette står seg forbausende godt! Forfatteren kommer så med et viktig poeng om hensikten med å informere: Hensikten er ikke å plassere ansvaret hos pasienten. Det er fortsatt vi som har ansvaret og tar beslutningen, for eksempel om induksjon eller keisersnitt. Hensikten med å informere er å kunne ta beslutningen i samråd med en opplyst pasient. Dette er et viktig prinsipp. Vi har i Norge hverken selvbestemt keisersnitt (jfr. St meld nr 12 (2008-2009) eller selvbestemt fødselsinduksjon. Den som sier at pasientene selv kan få velge, tar feil. Det er vi som bestemmer og vi som har alt ansvar, også for at beslutningen blir rett.

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

HPV-vaksinens ”far” Harald zur Hausen

Nobelprisvinner på Norgesbesøk

Kreftregisteret arrangerte 19.05.10 et forskningssymposium om forholdet mellom virusinfeksjoner og kreftsykdom. Symposiet hadde særlig fokus på HPV infeksjon som årsak til kreftsykdom, og hovedattraksjonen var Nobelprisvinner Professor Harald zur Hausen fra German Cancer Research Centre i Heidelberg.

Nobelprisen

Sammen med de franske forskerne Françoise Barré-Sinoussi og Luc Montagnier, ble Professor zur Hausen i 2008 tildelt Nobelprisen i medisin for oppdagelsen av sammenhengen mellom HPV-virus og cervixcancer. Allerede i 1976 publiserte han sin hypotese om at HPV-virus spilte en viktig rolle i utviklingen av cervixcancer. Den rådende oppfatning var da at cervixcancer var forårsaket av herpesvirus. Harald zur Hausen, den gang leder av Institutt for Virologi ved Universitetet i Erlangen-Nürnberg, hadde en annen hypotese. Han hadde undersøkt utallige cellekulturer og aldri påvist HSV. I 1983/84 lyktes det ham og medarbeidere å identifisere HPV 16 og 18 i cervixcancer. Denne oppdagelsen og det videre forskningsarbeidet gjorde det mulig å utvikle HPV-vaksinen som ble introdusert i 2006.

Vaksine

HPV 16 og 18 forårsaker om lag 70% av alle cervixcancer. Allerede i 1984 forsøkte zur Hausen å få legemiddelindustrien

interessert i produksjon av en vaksine som ville kunne forebygge livmorhalskreft. En markedsanalyse gjort av et av de tyske legemiddelfirmaene var i disfavør, og prosjektet ble lagt på is. Teknologien gjorde fremskritt og etter hvert er det fremstilt to vaksiner som så langt har vist seg å være svært effektive på forstadier. Effekten på cancer vil vi se om noen år.

Kostnadsnivået på vaksinene er foreløpig slik at de deler av verden som er mest belastet med sykdomsforekomst ikke har råd til å iverksette vaksinasjon. Planlagt vaksineproduksjon i India og Kina vil kunne endre dette vesentlig, og zur Hausen imøteser også en forbedring av kost/nytte-ratio med tanke på vaksiner av gutter. Når det gjelder ”virus-replacement” mener



Ameli Tropé, Ole-Erik Iversen og Harald zur Hausen.

han at det er lite trolig da viruset er stabilt, har vært til stede siden tidlig i evolusjonen og muterer lite.

Mikrober og cancerutvikling

Vel 120 møtedelegater fikk gleden av å høre Harald zur Hausen's Nobelforesning om sammenhengen mellom mikrober og cancerutvikling. Om lag 20% av den globale cancerforekomst kan pt knyttes til infeksjose agens som virus, bakterier og parasitter. Forskning på dette feltet har vært vanskelig grunnet flere forhold: 1. Cancerutvikling er ingen akutt konsekvens av infeksjon. Latenstiden mellom primær infeksjon og utvikling av cancer varierer vanligvis fra 15-40år. 2. Med få unntak ser man ingen produksjon av infeksjost agens i cancerceller. 3. De fleste mikrober som knyttes til cancer hos mennesket er hyppig forekommende og har vært til stede gjennom hele menneskets evolusjonshistorie. Likevel er det kun et fåtall av infiserte personer som utvikler cancersykdom. 4. Mutasjon i genene til vertcellen eller det virale genomet er en forutsetning for malignitetsutvikling. 5. Kjemiske og fysiske carcinogener kan, sammen med det infeksjose agens opptre synergistisk som mutagener. 6. Noen infeksjose agens kan opptre som indirekte carcinogen (HIV, Hepatitt B og C, Helocobacter pylori, Schistosoma haematobium).

Gjennom de siste 15 år er der avdekket en rekke nye infeksjose agens. Bare innenfor HPV-familien er det påvist 150 ulike typer. Kan hyppig forekommende cancersykdom som coloncancer, mammacancer, leukemier og subgrupper av lungecancer ha sitt utgangspunkt i infeksjon? Zur Hausen, med sitt mangeårige og utrettelige arbeid innenfor dette feltet, ønsker å stimulere til videre forskning og tenkning rundt sine hypoteser. Om man er i stand til å identifisere flere infeksjose agens som årsak til cancersykdom hos mennesket, vil det kunne gi store muligheter i forhold til forebygging og behandling.

Se zur Hausens nobelforesning på www.nobelprize.org

NATURLIG HJELP FOR UBALANSERTE UNDERLIV

Ecovag Balance inneholder naturlige melkesyrebakterier fra humane vaginalslimhinner. Ikke bare er det naturlig, men de fester også bedre til slimhinnen enn bakteriestammer fra dyr.

Anbefal Ecovag Balance slik at kvinner enkelt og naturlig kan forebygge bakteriell ubalanse og gjenopprette den normale bakteriefloraen med kun 1 kapsel om dagen.

BESTILL GRATIS PRØVEPAKKER

Bestilling av prøvepakker og/eller «reseptblokker»: infono@vitaflo.net
tlf: 56 14 43 10 fax: 56 14 43 11

EcoVag selges i apotek og på vår nettbutikk: www.vitaflo.net



texasnorway.no



VITAFLO

Vitaflo Scandinavia AB · Norge · www.vitaflo.net

- Anne Zandjani
- Praktiserende spesialist, Ski Spesialistsenter
- az@skispes.nhn.no

HPV-vaksinering i Norge - hva er status?

HPV-infeksjon er den vanligste seksuelt overførbare infeksjon både hos kvinner og menn. Det er anslått at opptil 20 % av den seksuelt aktive befolkningen på et hvert tidspunkt er smittet, og at over 70 % av befolkningen vil få en HPV-infeksjon i løpet av sitt seksuelt aktive liv.

HPV-vaksiner i Norge

Fra 2006 har det vært to HPV-vaksiner tilgjengelige i Norge. Vaksinene beskytter mot de to virusgenotypene som forårsaker ca. 70 % av tilfellene av livmorhalskreft. En av vaksinene, Gardasil, gir i tillegg beskyttelse mot to virusgenotyper som forårsaker over 90 % av tilfellene av kjønnsvorter. Gardasil er godkjent for barn og tenåringer i alderen 9-15 år og til kvinner i alderen 16-26 år. Cervarix er godkjent til unge jenter og kvinner i alderen 10-25 år. Begge

Tabellen viser antall som er vaksinert med 1. dose, og 2. dose, samt andel vaksinerte i forhold til befolkningsgrunnet (jenter født 1997) i hvert fylke.

Fylker	Antall jenter født 1997	Andel vaksinerte % (dose 1)	Andel vaksinerte % (dose 2)
Østfold	1783	62 %	60 %
Akershus	3667	62 %	58 %
Hedmark	1151	66 %	48 %
Oppland	1136	58 %	48 %
Buskerud	1703	66 %	61 %
Vestfold	1558	62 %	56 %
Telemark	1065	58 %	31 %
Aust-Agder	736	63 %	53 %
Vest-Agder	1153	68 %	59 %
Rogaland	2988	57 %	52 %
Hordaland	3066	69 %	59 %
Sogn og Fjordane	721	71 %	61 %
Møre og Romsdal	1679	70 %	61 %
Sør-Trøndelag	1721	42 %	32 %
Nord-Trøndelag	847	61 %	46 %
Nordland	1625	61 %	50 %
Troms	974	55 %	49 %
Finnmark	499	64 %	39 %
Totalt	28072	62 %	53 %

vaksinene skal gis som tre intramuskulære injeksjoner, Gardasil ved tidspunktene 0, 2 og 6 måneder og Cervarix ved tidspunktene 0, 1 og 6 måneder.

I mars 2008 sendte Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten en anbefaling til helseministeren om at alle jenter i 7. klasse skulle få vaksinen. Norsk gynekologisk forening gikk i august 2008 ut med den samme anbefalingen.

NGF anbefalte at vaksinen skulle være gratis og være en del av det offentlige vaksinasjonsprogrammet. NGF anbefalte også at det ikke skulle settes en øvre aldersgrense for vaksinering av allerede seksuelt aktive kvinner. I tillegg så skulle det presiseres at vaksinerte kvinner måtte fortsette å følge screeningprogrammet for cervixcytologi.

Regjeringens forslag til statsbudsjett for 2009 anbefalte at HPV-vaksinen skulle innføres i det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet. Stortinget ga sin tilslutning, og vaksinering startet for alle jenter i 7.klasse fra starten av skoleåret 2009/2010.

Mai 2009 vant Sanofi Pasteur MSD anbudet om vaksinering av jenter i 7.klasse med Gardasil for 2 år.

Ifølge Folkehelsa sine nettsider så hadde i november 2009 ca 33 % av alle jenter født i 1997 fått vaksinen. Tallene for mai 2010 viser at vel 60% av alle jentene født i 1997 er vaksinerte. Av landets kommuner/ bydeler har 5 % en vaksinasjonsdekning på under

10 %. Dette kan skyldes at HPV-vaksinasjon enda ikke har startet i disse kommunene, men man har også erfaring med at det er noen kommuner som har problemer med registrering av vaksinasjoner, eller med kommunikasjon til SYSVAK. Vaksinen settes i regi av skolehelsetjenesten.

Fra Folkehelsa sine nettsider:

HPV-vaksinasjon per 8. mai 2010

Nedenfor vises fylkesvis oversikt over HPV-vaksinerte 12-årige jenter (født 1997), uten Oslo. Vaksinasjonsstatistikk for Oslo foreligger ikke grunnet problemer med overføring av registrerte vaksinasjoner til SYSVAK, i forbindelse med overgang til nytt journalsystem. Tall for Oslo forventes i slutten av mai.

Man antar at kommunene kan ha blitt forsinket i arbeidet med HPV-vaksinen pga vaksinering i forbindelse med svineinfluensa høsten 2009. Siden vaksinasjonen av 7. klassingene ikke er avsluttet, er det fortsatt for tidlig å trekke konklusjoner med hensyn til den endelige oppslutningen om vaksinen. En slik evaluering kan tidligst foretas høsten 2010.

Vaksinen i forbindelse med barnevaksinasjonsprogrammet registreres automatisk i SYSVAK (Nasjonalt vaksinasjonsregister). Datatilsynet har gitt sitt samtykke til at vaksinering av personer over 18 år kan registreres i SYSVAK, så sant disse har undertegnet en samtykkeerklæring.

Kilde: www.fhi.no

EMSELEX®

- EFFEKTIV¹ OG M₃ SELEKTIV

Emselex
(darifenacin) 7,5mg og 15mg
EFFEKTIV OG M₃ SELEKTIV

L

M

N

O

- 84% reduksjon av antall episoder med urgeinkontinens¹
- Godt tolerert¹
- En dose - 7,5 mg eller 15 mg daglig²



Emselex Novartis Urologisk spasmolytikum. ATC-nr.: G04B D10
DEPOTTABLETTER 7,5 mg og 15 mg: Hver deppottablett inneh.: Darifenacin 7,5 mg, resp. 15 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 7,5 mg: Titandioksid (E 171), 15 mg: Paraoransje (E 110), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingsfrekvens og «urgency» som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Bør tas 1 gang daglig med væske. Kan tas med eller uten mat. Svelges hele. Skal ikke tygges, deles eller knuses. Voksne ≥18 år inkl. eldre ≥65 år: Anbefalt startdose er 7,5 mg daglig. Effekt og sikkerhet bør vurderes på nytt 2 uker etter behandlingsstart. For pasienter som har en akseptabel bivirkningsprofil, men som krever ytterligere symptomlindring, kan dosen økes til 15 mg daglig, basert på individuell respons. Barn: Ikke anbefalt pga. manglende data vedrørende sikkerhet og effekt. Nedsatt nyrefunksjon: Forsiktighet bør utvises. Dosejustering er nødvendig. Nedsatt leverfunksjon: Økt eksponering kan forekomme ved mildt nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A), men dosejustering er nødvendig. Ved moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad B) bør behandling kun gis dersom fordelene oppveier risikoen. Daglig dose bør begrenses til 7,5 mg. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdstoffene. Urinretensjon, ventrikelretensjon, ukontrollert trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad C), alvorlig ulceros kolitt, toksisk megacolon, samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. proteasehemmere, ketokonazol, itrakonazol). **Forsiktighetsregler:** Bør administreres med forsiktighet til pasienter med autonom nevropati, hiatushernie, klinisk signifikant obstruksjon ved blæretømming, risiko for urinretensjon, alvorlig konstipasjon eller gastrointestinale obstruktive lidelser (f.eks. pylorusstenose). Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som behandles for trangvinkelglaukom. Andre årsaker til økt vannlatingsfrekvens (hjertesvikt eller nyresykdom) bør utredes i forkant av behandlingen. Ved urinveisinfeksjon bør adekvat antibakteriell behandling igangsettes. Forsiktighet bør utvises ved risiko for redusert gastrointestinal motilitet, gastroesofageal refluks og/eller samtidig bruk av medisiner som kan forårsake/forverre øsofagitt (f.eks. perorale bisfosfonater). Sikkerhet og effekt ved nevrogen årsak til overaktivitet i detrusor er ukjent. Pasienter som opplever svimmelhet, tåkesyn, søvnløshet og søvnighet under behandlingen, bør ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Darifenacin metaboliseres primært av CYP 2D6 og CYP 3A4. CYP 2D6- og CYP 3A4-hemmere kan øke eksponeringen av darifenacin. Ved samtidig administrering med moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. erytromycin, klaritromycin, telitromycin, flukonazol, grapefruktjuice) eller potente CYP 2D6-hemmere (f.eks. paroksetin, terbinafin, cimetidin, kinidin) bør anbefalt startdose være 7,5 mg daglig. Kan titreres til 15 mg daglig for å oppnå forbedret klinisk respons forutsatt at dosen er godt tolerert. Forsiktighet bør utvises ved samtidig bruk av substanser som hovedsakelig metaboliseres via CYP 2D6, og som har et smalt terapeutisk vindu (f.eks. flekainid, tiordiazin, trisykliske antidepressiva som imipramin). Standard terapeutisk monitorering av protrombintid for warfarin bør opprettholdes. Terapeutisk legemiddelmonitorering av digoksin bør utføres ved oppstart og avslutning av darifenacinbehandling, samt ved endring av dosen. Samtidig bruk av potente hemmere av P-glykoprotein (f.eks. verapamil, ciklosporin) bør unngås. Samtidig bruk av andre legemidler med antimuskarine egenskaper (f.eks. oksybutynin, tolterodin, flavoksat) kan gi mer uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger. Potensering av antikolinerge effekter av antiparkinsonmidler og trisykliske antidepressiva kan også forekomme. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Dyrestudier har vist toksisitet for fødsel, peri- og postnatal utvikling. Skal ikke brukes under graviditet. Overgang i morsmelk: Ukjent. Utskilles i morsmelk hos rotter. Forsiktighet bør utvises ved bruk under amning. **Bivirkninger:** Antikolinerge effekter er generelt doseavhengige. Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Munntørhet, forstoppelse. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Dyspepsi, kvalme, abdominalsmerter. Nevrologiske: Hodepine. Øye: Tørre øyne. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, flatulens, sår i munnen. Hjerte/kar: Hypertensjon. Hud: Tørr hud, utslett, pruritus, svetting. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. Kjønnorganer/bryst: Impotens, vaginitt. Luftveier: Rhinitt, hoste, dyspné. Nevrologiske: Svimmelhet, smaksforstyrrelser, sømnløshet. Nyre/urinveier: Urinretensjon, urinveisforstyrrelser, blæresmerter. Psykiske: Insomnia, unormal tankevirksomhet. Undersøkelser: Økt ASAT og ALAT. Øye: Synsforstyrrelser, inkl. sløret syn. Øvrige: Asteni, skade, ødem, inkl. ansiktsødem og perifert ødem. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Hud: Angioødem. Tilfeller av generelle hypersensitivitetsreaksjoner inkl. angioødem. Behandling med darifenacin kan muligens maskere symptomer assosiert med galleblæresykdom. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Doser på 75 mg har gitt munntørhet, konstipasjon, hodepine, dyspepsi og tørthet i nesen. Behandling: Bør rettes mot å reversere antikolinerge symptomer under nøye medisinsk overvåking. Fysostigmin kan bidra til å reversere slike symptomer. Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D10. **Egenskaper:** Klassifisering: Urologisk spasmolytikum. Virkningsmekanisme: Selektiv muskarineseptorantagonist (M3 SRA). M3-reseptoren er den viktigste subtype som kontrollerer muskelkontraksjon i urinblæren. Absorpsjon: Biotilgjengelighet: 15% og 19% etter daglige doser på hhv. 7,5 mg og 15 mg ved «steady state». Maks. plasmanivå nås ca. 7 timer etter administrering og «steady state» nås den 6. dagen. Eksponeringen er 23% lavere hos menn enn hos kvinner. Proteinbinding: 98%. Fordeling: Distribusjonsvolum: 163 liter. Metabolisme: Betydelig metabolisme via CYP 3A4 og CYP 2D6 i lever, og via CYP 3A4 i tarmveggen. Utskillelse: Ca. 60% i urin, ca. 40% i feces. Kun 3% utskilles uforandret. **Pakninger og priser:** 7,5 mg: 28 stk. (blister) kr 377,70. 98 stk. (blister) kr 1234,50. 15 mg: 28 stk. (blister) kr 395,70. 98 stk. (blister) kr 1297,60. **Refusjon:** Se Refusjonslisten. **G04B D10 Darifenacin Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskode:

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

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 16.10.2008

Referanser:

- Haab F, et al. Long-term treatment with darifenacin for overactive bladder: Results of a 2-year, open-label extension study. BJU Intl. 2006;98:1025-1032.
- Emselex SPC 2005.

EFFEKTIV¹

Novartis Norge AS • Postboks 937 Økern • 0510 Oslo
Tlf.: 23 05 20 00 • Faks: 23 05 20 01 • www.novartis.no

 NOVARTIS

ID-kode: 5653/11.2009

- Kari Anne Trosterud
- Praktiserende spesialist, Kvinnelegen i Hedmark
- atroster@online.no •

Charlotte Haug, redaktør i Tidsskriftet for Den norske Legeforening om HPV-vaksinasjonen:

Glad for å ha skapt debatt

Redaktøren engasjerte seg tidlig i spørsmål rundt vaksinasjon mot HPV infeksjon som ledd i å forebygge infeksjon og livmorhalskreft. Hun har skrevet flere ledere som mange har oppfattet som kontroversielle.



Charlotte Haug. Foto: Heiko Jung/SCANPIX.

Hvorfor ble det slik ?

Det hele startet med en annonse for Gardasil som SanofiPasteurMSD ønsket trykket i Tidsskriftet i januar 2007. Den hevdet at vaksinen beskyttet mot livmorhalskreft. Jeg spurte rutinemessig om dokumentasjon for denne påstanden, men fikk kun tilsendt noen korte abstracts. Det holder ikke som dokumentasjon på effekt i Tidsskriftet. Vi må ha publiserte studier som har gjennomgått ekstern fagvurdering.

Men prinsippet for vaksinen og det teoretiske grunnlaget var svært interessant,

og jeg tok kontakt med mine kolleger i de største internasjonale tidsskriftene for å høre om det snart kom noen artikler. Det bekreftet de.

10.mai i 2007 kom den første artikkel fra FUTURE II med klinisk relevante endepunkter (effekt på CIN2/3 forårsaket av alle typer HPV) i New England Journal of Medicine. Jeg fikk artikkelen med en gang og så at det var en rekke ubesvarte spørsmål. Jeg skrev da den første lederen som jeg kalte "Drømmevaksine eller fortsatt en drøm?"

Du skapte debatt, hva tenker du om det i ettertid?

Det er jeg veldig glad for, vi er nødt til å ha debatt om viktige og kompliserte medisinske spørsmål. Det er helt nødvendig for utviklingen av faget vårt. Generelt mener jeg at vi må bli flinkere til å ha saklige debatter. De må gjerne være heftige. Men det jeg undrer meg over, er hvor personlig og emosjonell denne debatten ble.

NGF har et klart syn og har tatt standpunkt i forhold til det, og det er i strid med din oppfatning. Har du samme syn på HPV vaksinasjon i dag som da du skrev din første leder?

Ja, i all hovedsak. Grunnen til det er at det ikke er publisert så mye siden som kan

besvare de grunnleggende spørsmålene jeg hadde i 2007. Jeg var forøvrig ikke alene om å stille spørsmål. Det er synd at FUTURE II ble stoppet så tidlig. Noen år ekstra oppfølgingstid ville kunnet gi viktige svar. Det er flott at GSK satser på lenger oppfølgingstid i PATRICA studien.

Vi trenger flere svar enn de vi har nå, og de må vi få under kontrollerte forhold i en studie - både av hensyn til pasientene og av hensyn til holdbarheten i resultatene.

Mener du man burde gjøre som i Finland, vente?

Ikke vente med å starte vaksinerings, men vente med å ta det inn i barnevaksinasjonsprogrammet. Vi har helt unike muligheter i Norge til å gjøre store, kontrollerte studier og følge de vaksinerte over tid. En slik studie av effekten av HPV-vaksinen ville vært et viktig bidrag fra Norge. Det etterspurte jeg allerede i den første lederen jeg skrev om dette.

Norge har innført vaksine kun til 12-åringer, og i motsetning til mange andre land som har en "catch up" av populasjonen til 15-16 år. Det er også en lav dekningsgrad, hva tenker du om det?

Jeg tenker at den lave dekningsgraden skyldes

både praktiske forhold (svineinfluensaen) og en reell usikkerhet i befolkningen. Det siste må man ta på alvor. Vi har en oppegående og velutdannet befolkning som krever skikkelig informasjon og gode begrunnelser. Jeg har f.eks. kun sett det ene A4-arket fra offentlig hold som gikk ut til 12-åringene og deres foreldre sist høst.

Tror du vaksinasjonsprogrammet vil ha noe å si for screening-programmet i Norge?

Jeg håper ikke det, fordi screeningprogrammet er bra og nødvendig - også hvis vaksinen viser seg å være effektiv mot HPV 16 og 18. Det mener også vaksineprodusentene. Men jeg er selvsagt bekymret for at kvinner ikke vil møte opp som nå fordi de tenker at de er beskyttet.

Hvilken rolle mener du nye metoder med bla HPV tester har å si?

Det er et komplisert felt som jeg kjenner for lite til for å kunne si noe.

Hva vil du si for å runde av?

Jeg undrer meg over den tidlige og voldsomme entusiasmen for en helt ny vaksine før det forelå publiserte data og de sterke, negative emosjonene som kommer til uttrykk når det stilles noen spørsmål. Jeg vil presisere at jeg er opptatt av å stille spørsmål for å sikre at vi gjør det rette for nåværende og fremtidige pasienter. Jeg har ingen annen agenda enn det.

Nekrolog: **Knut Bjøro**

Professor Dr. med. Knut Bjøro er død. Han sovnet fredelig inn 84 år gammel 31. mars etter en lang sykdomsperiode. Vi på Kvinneklubben, Rikshospitalet minnes vår tidligere sjef gjennom nesten 25 år. Nestoren i norsk fødselshjelp og kvinnesykdommer er gått bort.

Knut Bjøro var alltid sprek og sporty, han tok Statens Gymnastikkskole før han begynte på medisinerstudiet ved Oslo Universitet. Deretter tjenestegjorde han ved en rekke norske sykehus, også feltsykehuset i Korea. Han ble tidlig spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og var i 30 år inntil 1995 ansatt ved Kvinneklubben Rikshospitalet, de fleste årene som klinikkssjef. Etter sin doktorgrad i 1965 ble han dosent, og noen år senere Professor I i Oslo. Han underviste medisinske studenter i alle år og satte spor etter seg som forfatter av norske lærebøker i Gynekologi og Obstetrik.

Hans forskning dreide seg om genitale misdannelser og hormoner. Han publiserte en rekke vitenskaplige artikler og var den første i Norge som skrev om p-pillen og hormonbehandling til kvinner i overgangsalderen. Året før pensjonsalderen utga han en monografi om operasjonsmetoder for kvinner med underlivs misdannelser.

Han var meget kunnskapsrik og delte lærdommen med oss. Vi husker ham som en dyktig operatør og fødselshjelper. Han var en foregangsmann som innførte nye operasjonsteknikker. Pasientene hans ble godt tatt vare på, og de elsket ham. Han var en inspirator for sine "undersåtter" og for oss som var hans doktorgrads stipendiater. Men han var også en leder av den gamle skolen, autoritær med sterke meninger. I hans tid som sjef utviklet faget seg enormt: hormonbehandling, assistert befruktning for barnløse, fosterultralud var noen av de nye feltene som kom inn på Kvinneklubben.

Prof. Knut Bjøro er ikke mer. En milepæl er borte. Våre tanker går til de nærmeste, hans kone gjennom 60 år Borghild samt barna Trine og Kristian med familier. Vi takker Knut Bjøro for det han var.

På vegne av Kvinneklubben, Rikshospitalet: Babill Stray-Pedersen, professor I, Thomas Åbyholm, avdelingsleder, professor.

- Irina Eide
- Praktiserende spesialist, Trondheim
- irina.eide@gmail.com

Gynekolog Jorun Thørring Loennechen

Krimforfatter med suksess

Jorun Thørring Loennechen er både spesialist i gynekologi med egen praksis i Trondheim og suksessrik forfatter. Jorun bor i Melhus sammen med mann og fire barn. Hun debuterte med krimromanen Skyggemannen, som ble en kritikkersuksess høsten 2005. Skyggemannen var fulgt av Glassdukkene (2006), Tarantellen (2007) og Ildens øye (2009). For Tarantellen fikk Jorun Havmannsprisen for beste bok utgitt i 2007, der forfatteren har nordnorsk tilknytning. Hun var den første krimforfatter som fikk den prisen. Hennes bøker er utgitt i Sverige, Danmark, Nederland og Tyskland. Tysklands største bokklubb (Der Club Bertelsmann) har lansert alle fire romaner.



Jorun Thørring Loennechen er født og oppvokst i Tromsø. Før hun begynte å studere medisin i hjembyen i 1980 hadde hun et opplevelsesrikt liv. Hun reiste til Paris for å jobbe der som au pair i en familie knyttet til forsknings- og medisinsk miljø. Hun kom hjem for å ta artium som privatist, hadde forskjellige jobber, både på turistkontor og på fiskefabrikk. Senere dro hun tilbake til Paris og leste også fransk på Sorbonne.

- Oppholdet i Paris påvirket meg sterkt og har gitt meg inspirasjon til senere skriving, - forteller Jorun.

Det gjenspeiles i bøkene hennes hvor handlingen er lagt til Paris. Hjembyen Tromsø er også brukt som en scene i hennes fortellinger. Bøkenes hovedfigurer politietterforskerne Eira Aslak og Orla Os er nordnorske.

Hvorfor valgte du medisinsk utdanning Jorun?

- Legeyrket virket interessant. Dessuten var jeg påvirket av en sterk kvinnebevegelse på

den tiden. Det var viktig å få seg en sikker og god utdanning, mulighet til å forsørge seg selv.

Hvorfor gynekologi?

- Først ville jeg bli kirurg, men fant ut at det kunne bli for belastende for en firebarnsmor. Mine egne svangerskap og fødsler har inspirert meg for å velge gynekologi, - et lite kirurgisk fag.

Jorun, du har en krevende spesialistpraksis, mann og barn og du har utgitt fire bøker på fem år. Det er imponerende. Hvordan får du det til? Skriver du hver dag?

- På de første tre bøkene skrev jeg nesten hver dag. Det ble lite annet. Ingen kino, nesten ingen TV og veldig lite sosialt liv. Men nå tar jeg det litt mer med ro.

Hvorfor begynte du å skrive? Har du alltid hatt lyst til å skrive?

- Nei, absolutt ikke. Jeg er glad i litteratur, glad i å lese. Som leger har vi et stressende og belastende yrke. Det å drive med noe

kreativt, - maling, strikking, veving, - hva som enn gir avkobling, kan beskytte oss mot å bli "utbrent". Skrivning gir et personlig påfyll for meg. I tillegg er det morsomt.

Når fikk du en idé til å skrive en bok?

- Det var påsken 2001, tror jeg. Været var dårlig. Ingen spennende bok å lese. Da tenkte jeg: "Kanskje jeg kan skrive en bok selv?"

Hvor kommer ideene fra?

- Først og fremst er det en livlig fantasi. Det kan være noe jeg leser i aviser, eller noe jeg opplever selv. Steder jeg har vært, mennesker jeg har møtt. Å drømme seg tilbake i tiden, til disse opplevelsene, som Paris...

Hvorfor krim Jorun?

- Krim er en underholdningsgenre som er blitt mer litterær, kvaliteten på den er blitt veldig bra. Mange slapper av med å lese krim, sjangeren gir et større publikum enn de "smale" romanene.

Din erfaring som lege og gynekolog, - hjelper det i skrivning?

- Ja, klart. Som lege kan man bruke medisinsk kunnskap i krimskrivning. Plutselig død. Alle slags skader eller forgiftninger. Vi kan mye om det, vi vet hvordan ting skal undersøkes, hva som er farlig.

Og erfaringen som forfatter, - gir det noe for deg som lege?

- Avkoblingen jeg får når jeg skriver gir overskudd. Det å veksle mellom å være forfatter og lege er morsomt og givende. Ellers er det to adskilte verdener.

Etter hvert har mange av pasientene lest bøkene mine og er interessert i dem. En kvinne som kommer til gynekolog er ofte nervøs og anspent. Snakker vi litt om bøker underveis, kan det virke avstressende.



Jorun Thørring Loennechen er både spesialist i gynekologi med egen praksis i Trondheim og suksessrik forfatter.

Hvilken av dine bøker liker du mest selv? Og hvorfor?

- Tarantellen og Skyggemannen. Men først og fremst Tarantellen. Boken har en komplisert intrige, omhandler flere tidsepoker i både fransk og algerisk historie. Den krevde mye research på forhånd. Mange av leserne synes kanskje Glassdukkene gir mest drivende spenning.

Har du begynt på en ny bok?

Kan du fortelle noe om den?

- Jeg er nesten ferdig med en barnebok. Håper at den kommer ut i år. Det er en spenningshistorie for litt større barn. Jeg ønsker å krysse genrer, å ikke bare skrive krim. Men jeg holder på å skrive en krimbok også. Vanligvis jobber jeg med 2-3 plot parallelt, spesielt i en tidlig fase, og konsentrerer meg om et av dem i avslutningsfasen.

Hva liker du å lese selv?

Din favoritt bok?

- Det er vanskelig for meg å velge kun én favorittbok, - jeg tenker på flere flotte bøker jeg har lest, og spesielt på alle de fine bøkene som jeg enda ikke har lest. Noen av mine favorittforfattere er Joyce Carol Oates, Phillip Roth, Marguerite Duras og Kjetil Bjørnstad. Jeg personlig leser ikke så mye krim. Krimforfattere jeg liker er Ruth Rendell, Harlan Coben og Agatha Christie, for å nevne noen.

Har du tid til overs?

- Nei. Kanskje noen ganger...

Og hva gjør du da?

- Jeg prøver å være fysisk aktiv: sykling, yoga og Pilates er bra for et dårlig kne. Jeg liker matlaging, - fransk, Middelhavsregionens mat generelt og asiatisk. For å være ærlig blir mest lesing av kokebøker. En og annen venn har jeg forhåpentlig også fortsatt, prøver å ta vare på dem.

Hva ønsker du selv å si til leserne av Gynekologen?

- Les mer og se mindre på TV. Vår tid gjør oss for mye til passive konsumenter, av film, TV, pc. Å se for seg historien, lage sine egne bilder mens en leser, anbefales fortsatt på det varmeste.



Det er et problem å stadig være redd for å tisse på seg. Hva ville du ha gjort?

Vesicare (solifenacin) reduserer symptomene på overaktiv blære (akutt behov for å tømme blæren, med eller uten lekkasje) og gjør at pasienten klarer å holde seg lenger når urgency oppstår.¹

 **Vesicare**
Solifenacin
Legemiddel mot urgency

Referanse: 1. Karam et al. urology, volume 73, number 1, January 2009, p. 14-18. Vesicare®. Kompetitiv, spesifikk kolinerge reseptorantagonist. **ATC-kode:** G04B D08. **TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg:** hver tablett inneh.: solifenacinsuksinat 5 mg, resp. 10 mg tilsv. solifenacin 3,8 mg, resp. 7,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). 10 mg: rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjon:** symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Kontraindikasjoner:** urinretensjon, alvorlige gastrointestinale sykdommer (inkl. toksisk megacolon), myasthenia gravis eller trangvinklet glaukom og hos pasienter som står i fare for å utvikle disse sykdommene. Overfølsomhet for virkestoffet eller et eller flere av hjelpestoffene. Hemodialysebehandling. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller moderat nedsatt leverfunksjon som behandles med en potent CYP 3A4-hemmer, f.eks. ketokonazol. **Graviditet/Amning: overgang i placenta:** forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. **Overgang i morsmelk:** bruk under amning bør unngås. **Bivirkninger:** klassespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørrehet er sett hos 11 % behandlet med 5 mg 1 gang daglig og hos 22 % behandlet med 10 mg 1 gang daglig. **Hyppige (> 1/100):** gastrointestinale: forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. **Syn:** tåkesyn. **Mindre hyppige:** gastrointestinale: gastroesofageale reflukssykdommer, tørr hals. **Hud:** tørr hud. **Luftveier:** nasal tørrhet. **Neurologiske:** somnolens, dysgeusi. **Syn:** tørre øyne. **Urogenitale:** urinveisinfeksjon, vannlatingsbesvær, urinretensjon, cystitt. **Øvrige:** tretthet, perifere ødemer. **Sjeldne (<1/1000):** gastrointestinale: obstruksjon i colon, fekal impaksjon. Det er ikke sett allergiske reaksjoner under den kliniske utviklingen, men at allergiske reaksjoner kan oppstå kan aldri utelukkes. **Overdosering/forgiftning: symptomer:** høyeste solifenacinsuksinatdose administrert er 100 mg som engangsdose. De mest vanlige bivirkningene ved denne dosen er hodepine (mild), munntørrehet (moderat), svimmelhet (moderat), døsighet (mild) og tåkesyn (moderat). Det er ikke rapportert tilfeller av akutt overdosering. **Behandling:** ved overdosering bør pasienten behandles med aktivt kull. Ventrikkelskylling kan foretas, men det bør ikke fremkalles brekninger. Symptomatisk behandling. En bør ved overdosering være spesielt oppmerksom på pasienter med kjent risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi) og samtidig administrering av legemidler som er kjent for å forlenge QT-intervall) og relevante eksisterende hjertesykdommer (f.eks. myokardisemi, arytm, kongestiv hjertesvikt). **Forsiktighetsregler:** andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes før behandling med Vesicare innledes. Ved urinveisinfeksjon bør egnet antibakteriell behandling innledes. Brukes med forsiktighet av pasienter med klinisk betydelig blæreobstruksjon med risiko for urinretensjon, gastrointestinale obstruktive sykdommer, risiko for nedsatt gastrointestinal motilitet, alvorlig nedsatt nyrefunksjon, moderat nedsatt leverfunksjon, hiatushernie/gastroesofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av esofagitt, autonom neuropati. Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av en potent CYP 3A4-hemmer. Sikkerhet og effekt er ennå ikke undersøkt hos pasienter med en neurogen årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for arvedittar laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose/galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, somnolens og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt. **Interaksjoner:** samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med solifenacin for en annen antikolinerg behandling innledes. Solifenacins terapeutiske effekt kan bli redusert ved samtidig administrering av kolinerge reseptoragonister. Solifenacin kan redusere virkningen av midler som stimulerer den gastrointestinale motiliteten, f.eks. metoklopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres av CYP 3A4. Derfor bør maks. solifenacindose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, neflavinir, itrakonazol). **Dosering: voksne inkl. eldre:** 5 mg 1 gang daglig. Dosen kan økes til 10 mg 1 gang daglig etter behov. **Barn og unge:** sikkerhet og effekt er foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert. Bør derfor ikke brukes til barn. **Nedsatt nyrefunksjon:** pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance ≤ 30 ml/minutt) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **Nedsatt leverfunksjon:** pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **Tablettene** kan tas uavhengig av mat og bør svelges hele med vann. **Pakninger og priser:** 5 mg: 30 stk. (blister) kr 406,50. 90 stk. (blister) kr 1149,40. 10 mg: 30 stk. (blister) kr 499,10. 90 stk. (blister) kr 1427,30. **T: refusjonsberettiget bruk:** motorisk hyperaktivt neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode:** ICPC: U04. Urininkontinens **ICD:** N39.4. Annen spesifisert urininkontinens. **Vilkår:** Ingen spesifisert. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 05.01.2006. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 01.09.2009. Astellas Pharma, Solbråveien 47, N-1383 Asker. Tlf: +47 66 76 46 00. Faks: +47 66 90 35 20. kontakt@no.astellas.com. www.astellas.no.

Lymfom i vulva - en kasuistikk

Maligne tilstander i vulva er sjeldne. Den hyppigste er plateepitelcarcinomer eller maligne melanomer i form av uniforme lesjoner. Andre diagnoser kan være adenocarcinomer, sarkomer eller Pagets sykdom. Kløe og eksem i vulva er derimot en relativt hyppig tilstand.

Dette er en kasuistikk om en kvinne med en kløende eksemliknende hudforandring som viste seg å være lichen sclerosus og atrophicus og en sjelden malign tilstand.

Pasienten som var en kvinne på 76 år, ble henvist p.g.a. urinlekkasje til gynekologisk poliklinikk på sykehus av privatpraktiserende gynekolog. Ved undersøkelse ble det funnet betydelige forandringer i hud/ slimhud i vulva. Pasienten anga å ha hatt disse i flere år. Hun hadde brukt litt sinksalve uten særlig effekt. Pasienten ble søkt inn til TVT, og egen gynekolog ble anmodet om å følge opp hudforandringene. Pasienten av slo operasjon.

Etter et år ble hun henvist på nytt. De eksematøse forandringene hadde økt på. Ved undersøkelse så man kraftig rubor i huden i vulva samt i området ved mons pubis. I tillegg fant man hvitlige forandringer i slimhinne som ved lichen, vesentlig distalt for en forsnevret introitus. Ingen ulcerasjoner eller tumores.

Stansebiopsi fra hud ble tatt og denne viste overraskende diffust storcellet B-cellelymfom og lichen sclerosus og atrophicus.

Pasienten fikk utført full lymfomutredning. Benmarg viste fokal minimal infiltrasjon med follikulært lymfom. Hun ble henvist Radiumhospitalet og der fikk hun diagnosen diffust storcellet B-cellelymfom i hudforandringene og follikulært lymfom i beinmarg.

Diffust storcellet B-cellelymfom er i utgangspunktet en aggressiv kreftform. Den follikulære typen er uheldelig, men mindre aggressiv. Pasienten ble foreskrevet tre CHOP-kurer (cyclofosamid, rituximab, doxorubicin, vincristin), men avbrøt etter en kur p.g.a. feber. I tillegg fikk hun lokal strålebehandling, totalt 32 Grey.

Status etter ett år er at pasienten er i god form (muntlig informasjon fra behandlende lege på Radiumhospitalet). Hun følges også

av gynekolog som kontrollerer og behandler hennes lichen sclerosus og atrophicus.

Ekstranodalt lymfom sees i hud, men lokalisasjon til vulva er sjelden (muntlig opplysning fra dr. Lauritzen, Radiumhospitalet).

Non-Hodgkins lymfom utgjør ca 4 % av alle ondartede sykdommer. I de siste årene har det vært en økning i forekomsten av denne krefttypen, og diffust storcellet B-cellelymfom har øket mest. Median debutalder for denne sykdommen er 65 år. Storcellet B-cellelymfom kan også forekomme i uterus og kan gi postmenopausal blødning.

Dette er således en uvanlig historie, men illustrerer godt hvor nyttig det er med biopsi fra uavklarte hud og slimhinneforandringer vulva.

NYHET! ULTRALAV DOSE

EVIANA® med markedets laveste orale dose av kombinasjonen østrogen/gestagen

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

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

C EVIANA® «NOVO NORDISK»

Østrogen - progestogen kombinasjonspreparat.

ATC-nr.: G03F A01

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

Pakninger og priser: Datopakn.: 3 × 28 stk. 507,80

Sist endret: 23.03.2009

Priser per januar 2010

REFERANSER:

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



Livmorbevarende behandling av muskelknuter

Lege og forsker Kirsten Hald har i sin avhandling "Uterine sparing treatment of leiomyomas by central or peripheral occlusion of the uterine arteries" funnet at behandling med partikkelinsprøytning ("embolisering") i livmorens hovedpulsåre gir færre tilbakefall av plagsomme muskelknuter enn kirurgisk avklemning av den samme blodåren.



Kirsten Hald.

Muskelknuter i livmoren er godartede svulster. Imidlertid kan de forårsake svært kraftige menstruasjonsblødninger og er en hyppig årsak til at kvinner må fjerne livmoren. For en del kvinner er det å fjerne livmoren følelsesmessig vanskelig. I tillegg innebærer det et større kirurgisk inngrep. Derfor leter man etter alternative behandlingsmåter hvor plagene blir borte samtidig med at livmoren kan bevares.

Man har tidligere sett at muskelknuter kan skrumpe og plagene forsvinne eller bli betydelig redusert når blodtilførselen til muskelknutene blir borte samtidig med at livmoren overlever på grunn av reserveblodtilførsel.

Kirsten Hald og medarbeidere har sammenlignet kort og langtidsresultater etter emboliseringsbehandling med kirurgisk avklemning av blodårene med metallklips. Kvinnene ble trukket tilfeldig ut til den ene eller den andre behandlingen. Begge behandlingsmetodene hadde god effekt på kort sikt. Den kirurgiske avklemningen ga minst smerter umiddelbart etter inngrepet, men i løpet av 5 års oppfølging fikk flere i denne gruppen tilbakefall (48 %) sammenlignet med pasientene i emboliseringsgruppen (17 %). I avhandlingen har man også prøvet ut midlertidig avklemning av livmorarterien som behandling av muskelknuter. Det var teknisk vanskelig å få dette til å fungere og avhandlingen gir derfor ingen sikker konklusjon med hensyn på den midlertidige avklemningens effekt på muskelknutene.

- Margit Steinholt
- Helgelandssykehuset, Sandnessjøen
- margit.steinholt@sasyk.nl.no

Retten til sikre aborter eller vern om det ufødte liv?

- Hvor langt kan man gå i det godes navn?

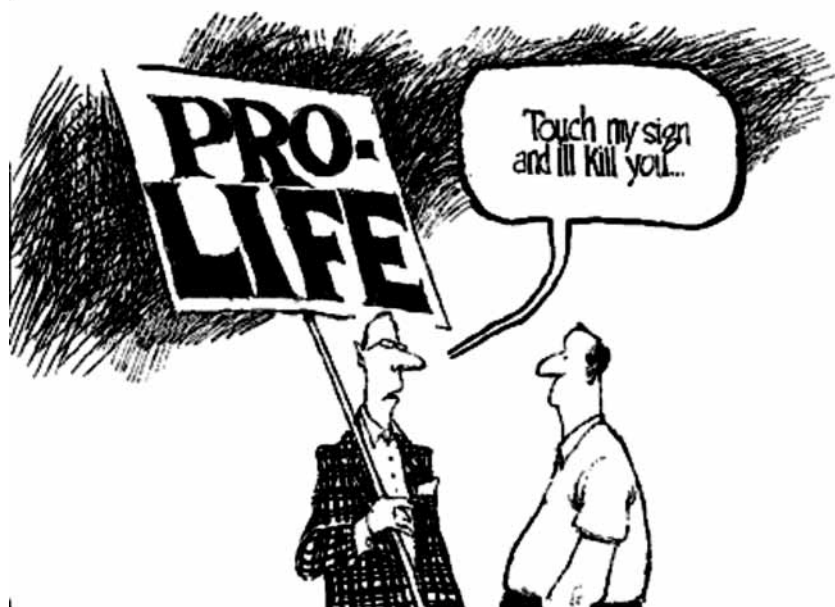
I slutten av mai 2009 ble legen George Tiller drept under en gudstjeneste i Wichita, Kansas, USA. Tiller og staben hans hadde gjentatte ganger blitt utsatt for drapsforsøk og hærverk. Allerede i 1985 ble klinikken bombet av abortmotstandere. Noen timer etter drapet arresterte politiet den militante abortmotstanderen Lindsey Roeder. Han tilsto straks, men hevdet at han handlet på moralsk grunnlag da han effektivt stoppet Tiller fra videre virksomhet. Lindsey fikk våren 2010 livsvarig fengsel for drapet.

Drapet på George Tiller er det siste i en lang rekke voldelig aksjoner i USA mot helsearbeidere som utfører eller hjelper til med svangerskapsavbrudd. I alt er 8 personer drept i kampen abortmotstanderne framstiller som en hellig krig. Kvinneorganisasjoner i USA er rystet og rasende etter drapet på Tiller, og det pågår nå en kampanje for at politiske myndigheter skal dømme denne formen for kriminalitet som terrorisme.

National Organization for Women

We must redouble our efforts to maintain safe and legal access to abortion and birth control. When you sign this pledge, you can choose to send a message to the Department of Justice and the Department of Homeland Security and let them know that the murder and intimidation of abortion providers is domestic terrorism.

Også i Norge var frontene steile fram mot Stortingets behandling i 1978 av loven som tillot sjølbestemt abort, men for sindige nordmenn er det vanskelig å fatte de avgrunnene som skiller tilhengere og motstandere av abort i USA. Det mest oppsiktsvekkende er at man gjerne finner de mest militante motstanderne blant den delen av befolkninga som er ultrareligiøse og fanatiske tilhengere av retten til



skytevåpen og krig. Kampanjen for vern av det ufødte liv er bemerkelseverdig voldelig, og abortmotstanderne skyr nærmest ingen midler. Feminister hevder at kampen for eller mot abort er en krig der kvinnekroppen er slagmarken.

”Roe versus Wade”

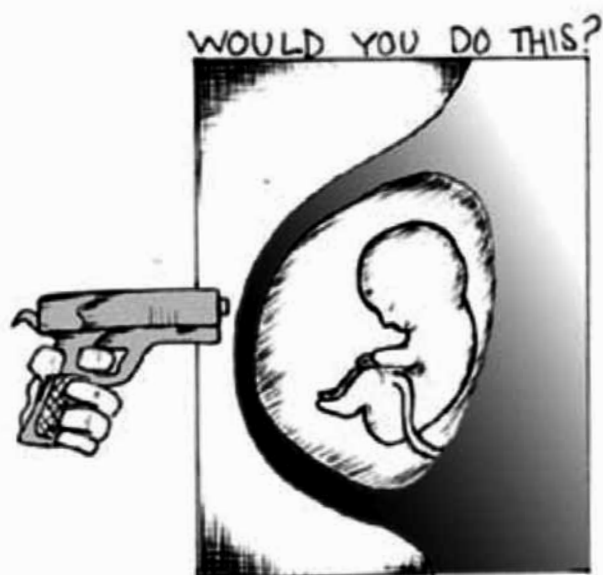
I 1973 vedtok USA's Høyesterett at en kvinne har rett til sjøl å bestemme om hun vil ta abort eller ikke. Denne rettsavgjørelsen har siden blitt stående som ”Roe vs Wade.” I 1976 ble denne rettigheten forsterket da Høyesterett stadfestet at gifte kvinner kunne ta avgjørelse om abort uten mannens samtykke.

Tilbakeslagene

Abortmotstanderne i USA har alltid hatt mektige og innflytelsesrike venner, og kampen mot ”Roe vs Wade” har som nevnt vært lang og blodig. Den amerikanske abortpolitikken får også ringvirkninger langt utenfor USA's grenser. President Reagan innførte forbud mot å informere om abort som reproduktiv rettighet for amerikanske organisasjoner som jobbet i fattige land. Brudd på dette forbudet medførte inndragning av økonomiske midler. President Clinton opphevet forbudet mens president Bush nærmest på rituellet vis gjeninnførte det! Forbudet innebar restriksjoner på om lag 430 organisasjoner som arbeidet verden over for å forbedre kvinnehelse....

Den nye Obama – administrasjonen har igjen opphevet abortforbudet for ideelle organisasjoner, men saken viser med all tydelighet hvordan moralske og etiske dilemmaer blir brukt politisk for alt det er verdt.

Da president Obama sommeren 2009 skulle innsette en ny dommer i Høyesterett, ble abortsaken igjen høyaktuell. Sonia Sotomayor, dommer med latinsk bakgrunn, var presidentens førstekandidat, men



hennes ”liberale” syn på abortloven kunne kostet henne stillingen. Sotomayor besto Senatshøringen og sitter nå i Høyesterett.

Amerikanske kvinner har altså en grunnlovsfestet rett til svangerskapsavbrudd, men lokale og økonomiske forutsetningene gjør at denne retten ikke er tilgjengelig for de som trenger den mest.

Dersom en kvinne ikke har sykeforsikring gjennom jobben, må hun dekke utgiftene til inngrepet sjøl. For lavinntektsgrupper som ofte har mange småjobber, men ingen forsikring, vil dette kunne gjøre det umulig å få utført en abort.

Når abortklinikker i tillegg omringes av abortmotstandere som roper skjellsord mot pasientene og fysisk forsøker å hindre dem i å komme inn, skal en kvinne være ganske sterk for å kunne gjennomføre et valg som i utgangspunktet ikke er enkelt.

Den nye helsereformen i USA tar heller ikke høyde for reproduktiv helse. Etter lang politisk tautrekking er reformen blitt relativt utvannet, og den kommer ikke til å dekke utgifter til abortinngrep. Amerikanske kvinneorganisasjoner er med rette svært skuffet over reformens endelige utforming.

Vinteren 2010 la Amnesty International fram tall som dokumenterer at kvinner med afroamerikansk og urbefolkningsbakgrunn har 4 -5 ganger større risiko for å dø av svangerskapsrelaterte sykdommer enn hvite amerikanske kvinner. Dette viser at reproduktiv helse har et tydelig klasseperspektiv også i verdens rike land. USA er det land i verden som bruker størst andel av bruttonasjonalproduktet på helse – likevel dør kvinner av tilstander som lett kunne vært behandlet.

Legen George Tiller drev en omstridt praksis fordi han også utførte aborter svært seint i svangerskapet. I hans tilfelle endte trakasseringen med at han ble drept.

Volden som utspinner seg hver dag i USA fordi kvinner kjemper for trygge og tilgjengelige aborter, er skremmende. Minst like skremmende er tausheten i media og passiviteten blant kolleger i slike saker. Kan vi ha det slik?

Kilder:

NOW National organization for women
www.womensenews.org

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

...en lavdosert p-pille¹

Trygg bruk av p-piller

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

Ref.: Statens legemiddelverk



Pfizer

Loette 28

Antikonseptjonsmiddel

ATC-nr: G03A A07

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

INDIKASJONER: Antikonseptjon.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

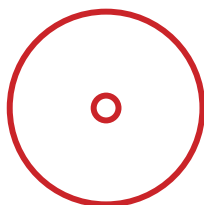
Sist endret: 19.08.2009

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

Pfizer AS - Postboks 3 - 1324 Lysaker

Telefon 67526100 - Telefax 67526192 - www.pfizer.no

Kjære LIS!



FUGO

I skrivende stund er ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology)- utvekslingen i Belgia nylig overstått. Fra Norge deltok Michael Tomala fra A-hus, som meget sporty og på kort varsel steppet inn som vår representant til utvekslingen. Hans referat vil bli å lese i Gynekologen. Da vi lengre tid har slitt med laber interesse for utvekslingene, hadde vi i år satt en sen søknadsfrist. Dessverre ble det noe misnøye med dette pga for kort tid til planlegging av fravær. Dette tar vi til etterretning, og vil derfor neste år sette søknadsfristen tidligere samt annonsere utvekslingen allerede før jul. Neste års utveksling blir i Storbritannia i mai, med et avsluttende ENTOG seminar i London.

Ellers var deltagelsen på ENTOGs session og congress i Antwerpen i år svært god. Debatten på årets session var "litigation and training" og "gynaecology and/or obstetrics (deling av faget)". Spesielt sistnevnte tema forårsaket stor diskusjon og enormt engasjement. Inntrykket var at de fleste ville beholde en samlet spesialitet.

Nuno Martens (Portugal) fortsetter som president i ENTOG, mens Elena Pavlova (Bulgaria) fortsetter som styremedlem. Pille Pärgrae (Estland) ble gjenvalgt i styret, nå som secretary general. Panagiotis Christopoulos (Hellas) og David Rodriguez (Spania) går ut av styret. Det ble valgt inn to nye medlemmer i styret, Karen Rose fra Storbritannia som styremedlem og det ble også valgt inn en ny kasserer (navn og land er meg foreløpig ukjent).

Nå er NFOG (Nordic Federation of Obstetrics and Gynaecology) kongressen i København nært forestående (15.-18.juni), med et spennende og variert program. For utdanningskandidater er dette virkelig å anbefale, både faglig og sosialt. I forbindelse med kongressen holder NFYOG (Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynaecologists) workshop om "Transplantation of female genital organs" v/ Mads Brännström. Dette holdes på tirsdag 15.juni fra kl 09-12.



Og til slutt- og som sikkert allerede kjent, arrangerer FUGO også i år et kurs i forkant av NGFs årsmøte i september, nå med temaet Infertilitet. Program og påmelding finner man via legeforeningens nettsider. Dette er et kurs laget spesielt med tanke på utdanningskandidater, og vi håper på stor interesse fra dere. I tillegg håper vi også at så mange som mulig stiller på FUGOs generalforsamling og årsmøte. Tema for årsmøtet er fortsatt ikke avklart, men det jobbes med saken. Da vi er to som går ut av styret, er det også store muligheter til å bli med i styret! Anbefales på det sterkeste!

God sommer!

Mvh, Sissel H. Oversand

FUGO-styret 2010

Sissel H. Oversand	Leder	ENTOG-representant	Sisseloversand@hotmail.com	908 51 474
Erik Andreas Torkildsen	Nest-leder	PWG-representant, vara-NGF styret	eatorkildsen@yahoo.no	926 01 220
Christian Tappert	Kasserer	Kursansvarlig	ctappert@broadpark.no/ christian.tappert2@stolav.no	418 45 149
Marte Myhre:	NGF-representant		martemyhre@yahoo.no	990 02 294
Pawel Wilkosz	Nettansvarlig	NFYOG-representant	pawelwilkosz@hotmail.com	993 55 408
Kristine Kleivdal	Sekretær	NFYOG-representant	kristine.kleivdal@gmail.com	988 16 000

Kurs i infertilitet

Arendal, 1. september 2010

Kursprogram

1. Epidemiologi (30 min)
2. Utredning (60 min)
3. Behandling generelt (60 min)
4. Endometriose og infertilitet og anovulatorisk infertilitet (45 min)
5. Mannlig infertilitet (45 min)
6. Forløp av svangerskapet hos IVF pasienter (30 min)
7. Regelverket (30 min)

Foredragsholder

Prof. Tom G. Tanbo, Seksjonsleder v/ Seksjon for barnløshet og assistert befruktning, Rikshospitalet

Dr. med Jarl Kahn, Seksjonsoverlege v/ Fertilitetsklinikken Sør, Sykehuset Telemark

Dr. med Liv Bente Romundstad, Overlege v/ Fertilitetsseksjonen, St. Olavs Hospital

Kurssted

Sørlandet sykehus – Arendal, Auditoriet kl 12.00 – kl 18.00

Påmelding

Kurskatalogen på www.legeforeningen.no (kurs O-25002)

Påmeldingsfrist: 1. august 2010

Nyttige websider

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

En effektiv behandling ved overaktiv blære ^{1,2}

Kentera[®]
oxybutynin

Kentera[®] gir en lav frekvens av munntørrehet og forstoppelse.³



Referanser:

1. Davila GW, et al. *Urol Clin N Am* 2006;33:455-63.
2. Dmochowski RR, et al. *Urology* 2003;62:237-42.
3. Dmochowski RR, et al. *World J Urol* 2005;23:263-70.

C Kentera Nicobrand

Urinveisspasmolytikum. ATC-nr.: G04B D04

T DEPOTPLASTER 3,9 mg/24 timer: Hvert depotplaster inneholder oksybutynin 36 mg, hjelpestoffer. Indikasjoner: Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller økt vannlatingshyppighet og -trang som kan forekomme hos pasienter med ustabil blære. **Dosering:** Plasteret skal festes på tørr, intakt hud på abdomen, hofte eller sete umiddelbart etter at det er tatt ut av doseposen. Et nytt plaster skal festes på et nytt applikasjonssted, slik at en unngår at det festes på samme sted i løpet av 7 dager. Anbefalt dose er ett 3,9 mg depotplaster 2 ganger ukentlig (hver 3.-4. dag). Anbefales ikke til barn eller ungdom. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for noen av innholdsstoffene. Urinretensjon, alvorlig gastrointestinal lidelse, myasthenia gravis eller trangvinkelflukom og hos pasienter som er i risikogruppen for disse lidelsene. **Forsiktighetsregler:** Brukes med forsiktighet ved nyre- eller leversvikt. Pasienter med leversvikt skal overvåkes nøye. Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdom) skal undersøkes før behandling. Forsiktighet utvises ved betydelig hemmet blæretømming og ved behandling av eldre. Antikolinerge midler kan føre til dosighet, søvnighet eller uklart syn. Alkohol kan forsterke dosighet. **Interaksjoner:** Samtidig bruk av andre antikolinerge legemidler eller midler som konkurrerer om CYP 3A4-metabolismen, kan øke hyppigheten eller alvorlighetsgraden av munntørrehet, forstoppelse og dosighet. Andre antikolinerge legemidler er f. eks. amantadin og antiparkinsonmidler (biperiden, levodopa), antihistaminer, antipsykotika (fentiaziner, butyrofenoner, klozapin), kinidin, trisykliske antidepressiva, atropin og relaterte forbindelser som atropinspasmolytika og dipyrindamol. Antikolinerge effekter på gastrointestinal motilitet kan

endre absorpsjonen av visse legemidler som gis samtidig. Interaksjon med legemidler som hemmer CYP 3A4, som azolantimykotika (f.eks. ketokonazol) eller makrolidantibiotika (f.eks. erytromycin), kan ikke utelukkes. Oksybutynin kan antagonisere effekten av motilitetsstimulerende legemidler. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Dyrestudier har vist små reproduksjonstoksiske effekter. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. Overgang i morsmelk: En liten mengde utskilles. Bruk under amning frarådes. **Bivirkninger:** Hyppige (> 1/100): Gastrointestinale: Munntørrehet, forstoppelse, diaré, kvalme, magesmerter. Hud: Kløe, rødhet, reaksjon og utslett på applikasjonsstedet. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinveisinfeksjon. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, søvnighet. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dyspepsi, abdominalt ubehag. Hud: Elveblest, sopp. Luftveier: Øvre luftveisinfeksjon, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmertor. Sirkulatoriske: Hetetokter, palpitasjoner. Urogenitale: Urinretensjon, dysuria. Øvrige: Påført skade. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Antikolinerge effekter, som stimulering av sentralnervesystemet, rødme, feber, dehydrering, hjertearytmi, oppkast og urinretensjon. Behandling: Symptomatisk. Plasmakonsentrasjonen reduseres 1-2 timer etter fjerning av plasteret. **Egenskaper:** Klassifisering: Urinveisspasmolytikum. Virkningsmekanisme: Kompetitiv, selektiv muskarinreseptorantagonist. Relaksere glatt muskulatur i blæren, øker den maksimale blærekapasiteten og volumet før første detrusor-kontraksjon. Dermed reduseres trang og hyppigheten av inkontinensepisoder og frivillig vannlating. Oksybutynin er racemisk. Antimuskarinaktiviteten er hovedsakelig i R-isomeren som viser større selektivitet for

muskarinsubtype M1 og M3 (predominant i detrusormuskelen og glandula parotis). Absorpsjon: Kontinuerlig transport opprettholdes i løpet av hele doseintervallet. Maks. plasmakonsentrasjon, 3-4 ng/ml, nås innen 24-48 timer. «Steady state» nås under andre påføring av depotplasteret og opprettholdes i opptil 96 timer. Fordeling: Distribusjonsvolum: 193 liter. Metabolisme: I lever, hovedsakelig via CYP 3A4. En metabolitt er farmakologisk aktiv. Utskillelse: <0,1% utskilles uomdannet i urinen. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i ytteremballasjen. Må ikke oppbevares i kjøleskap eller fryses. **Andre opplysninger:** Se pakningsvedlegget for informasjon om bruk og håndtering. **Pakninger og priser:** 8 stk. (kalenderpakn.) kr 385,20. 24 stk. (kalenderpakn.) kr 1085,50. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urgeinkontinens).

Refusjonskode:

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

Vilkår: Ingen spesifisert

Mai 2010



Bør vi gjenta et gjennombruddsprosjekt om keisersnitt?

Styret i gyn. foreningen ønsker et nytt gjennombruddsprosjekt om keisersnitt. Styret har søkt kvalitetsfondet i legeföreningen og fått økonomisk støtte til å starte en planlegging/ide – fase.

Bakgrunn og erfaringer fra første prosjekt

Gjennombruddsprosjektene er et kvalitetsforbedringsverktøy som har som hovedmål å gjennomføre effektivt større endringer som resulterer i lavere kostnader og bedre utkomme på samme tid. Det første gjennombruddsprosjektet i Norge omhandlet keisersnitt og ble organisert av legeföreningen i samarbeid med norsk gyn. forening og medisinsk fødselsregister. Prosjektet ble gjennomført i 1998/1999. Keisersnitt ble valgt pga den store stigningen i keisersnittfrekvens uten at dette hadde gitt dokumentert bedring i sykighet og dødelighet hos mor og barn. Det var også stor variasjon i frekvens mellom fødeavdelingene i Norge. Dette skapte stor debatt, både i media og i medisinske fora, spesielt keisersnitt utført pga mors eget ønske. MFR hadde sparsom informasjon om inngrepene og det var et stort behov for å få mer kunnskap. Man antok at keisersnittfrekvensen var for høy og satte opprinnelig som mål å redusere frekvensen. Dette ble endret og hovedmålene for prosjektet var å 1) undersøke årsaker til keisersnitt, 2) komme nærmere et svar på hva som er den mest korrekte keisersnittfrekvens når det tas hensyn til relevante opplysninger (eks. fødepopulasjon), 3) redusere variasjon mellom avdelingene til under 4 %. I tillegg til den kvalitetsforbedrende del, ble det også inkludert en forskningsdel og resultatene er publisert.

I alt, 24 av 26 inviterte fødeavdelinger deltok. Erfaringene fra den kvalitetsforbedrende del var svært positive. Avdelingene rapporterte at prosjektet hadde resultert i bedre kvalitet på prosedyrer, bedre kvalitet på fødselshjelpen og bedre samarbeid mellom jordmødre og obstetrikere. Prosjektet hadde ingen innvirkning på den nasjonale keisersnittfrekvens, heller ikke på variasjonen mellom avdelingene, og årene etter prosjektet fortsatte frekvensen å stige. Imidlertid var konklusjonen at mange av avdelingen hadde gjennomført en viktig organisatorisk forbedring som antagelig har hatt positiv effekt i flere år fremover. Det fokus som keisersnitt fikk under prosjektet er muligens en av årsakene til at frekvensen i Norge har hatt vesentlig lavere økning enn mange andre vestlige land.

Forskningsdelen ga oss verdifull informasjon om keisersnitt som indikasjoner, komplikasjoner for mor og barn, risikofaktorer for større blødninger og faktorer som påvirker hvor raskt et keisersnitt utføres.

Hvorfor nytt prosjekt?

Vi bør nøye følge vår bruk av keisersnitt. MFR har forbedret sitt skjema, men har fortsatt begrenset informasjon om keisersnitt. Det er nå gått vel 10 år siden forrige prosjekt. Vår fødepopulasjon er endret. Keisersnittfrekvensen fortsetter å øke og er nå den hyppigste utførte operasjon i Norge med ca 10 000 operasjoner pr år. Resultatene fra første prosjekt viste at mors eget ønske var den nest hyppigste årsak til planlagt keisersnitt og sannsynligvis utgjør indikasjonen fortsatt en stor andel av inngrepene. Dette er foruroligende med tanke på risiko for komplikasjoner for mor og barn, både på kort sikt og lang sikt. Et nytt prosjekt vil kunne gi avdelingene en kvalitetsforbedring i fødselsomsorgen. Det vil gi oss ny og viktig informasjon om keisersnitt som kan gi oss bedre grunnlag for å velge den beste fødselsmetode for den enkelte. Hovedmålet må være å begrense bruken av keisersnitt til de kasus hvor det foreligger en dokumentert fordel for mor og barn.

Kvalitetsforbedring i fødselshjelpen vil i stor grad avhenge av om vi klarer å bedre omsorgen for førstegangsfødende, bedre kompetansen i operativ vaginal forløsning og å bedre tolkningen av våre overvåkningssystemer av fostret (CTG, STAN). Et evt. nytt gjennombruddsprosjekt om keisersnitt bør bl. a ha fokus på de som ber om keisersnitt uten klar medisinsk årsak, de som tidligere har hatt keisersnitt, de keisersnitt som utføres i aktiv fødsel samt fokusere på risikofaktorer og komplikasjoner i relasjon til vaginal fødsel.

For å oppnå kvalitetsforbedring er det også viktig å implementere standardiserte klassifiseringssystemer i alle fødeinstitusjonene for å kunne sammenligne keisersnittfrekvensen mellom landene, avdelingene og fødepopulasjonene.

Styret mottar gjerne ideer og innspill til et nytt prosjekt.

Toril Kolås

Kasserer NGF

NFGs årsmøte Arendal 2.-4. september 2010

-Årets viktigste gynekologiske forum!

Historisk var Arendal en tradisjonell seilskuteby i seilskipenes storhetstid på 1700- og 1800-tallet. Byen har i dag drøyt 40'000 innbyggere og er i stadig utvikling, og byen har mye å by på. Sørlandets Sykehus Arendal er et av de tre hovedsykehusene i Sørlandet Sykehus HF. Forskningsmiljøet er styrket etter at to leger i Arendal og en i Kristiansand har tatt doktorgrad og stimulert til videre forskning i forskningsgruppen GynForskSør. Avdelingen har ellers lenge vært kjent for kursene i vaginal hysterectomi. Astrid Helene Liavaag har stått sentralt i arrangering av årsmøtet

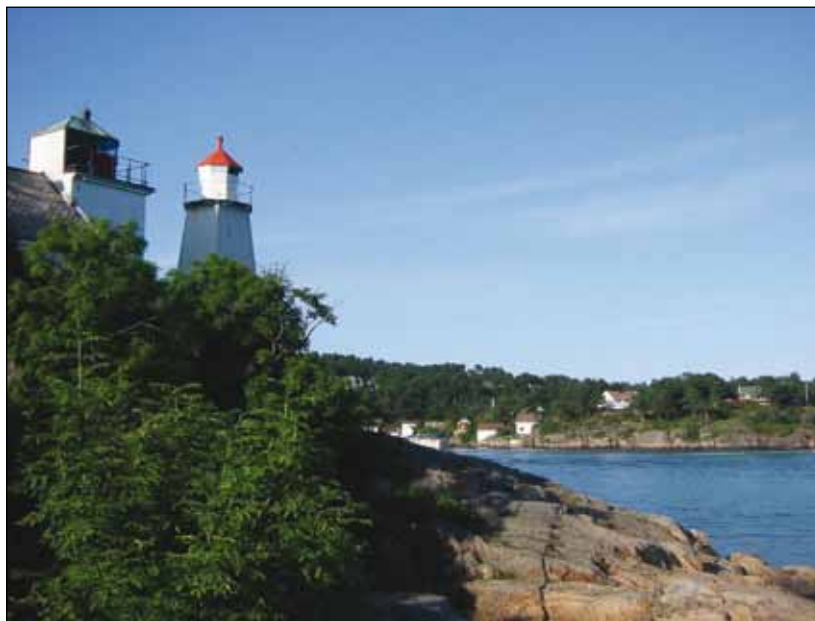
2-4. september. Hun peker i vår lille samtale på at det er mange utfordringer i vårt fag nå og nevner bl.a. Stortingsmelding nr.12 "En gledelig begivenhet", om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg og Helsedirektoratets forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjonene "Et trygt fødetilbud" vil være avgjørende for videre organisering av avdelingene i Norge.

Kollegene ved avdelingen i Arendal og de privatpraktiserende spesialistene i byen gleder seg til å møte kolleger og venner, og kan by på et spennende, rikholdig og engasjerende program med muligheter for gode faglige og fagpolitiske diskusjoner.

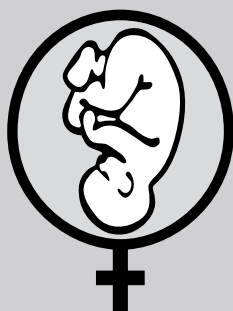
Tom Seeberg



Sørlandsidyll. Foto: Region Arendal Tourist Office



Sandvigen, Arendal. Foto: Dag Terje.



Årsmøtet i Norsk gynekologisk forening 2010

Medlemmer som ønsker saker satt på dagsorden til **GENERALFORSAMLINGEN** fredag 3. september 2010 bes melde disse til styret så snart som mulig og senest innen fire uker før årsmøtet.

NFGs årsmøte Arendal 2.-4. september 2010

Velkommen til Arendal



Foto: Region Arendal Tourist Office

Påmeldingsfrist og abstraktfrist 15. juni 2010

Abstrakt til fri foredrag og plakat sendes som vedlegg til e-post til Knut Hordnes, adresse knut.hordnes@uib.no, altså senest 15.06.10.

Abstraktet skal ikke være mer enn **350 ord**, og bør helst være på norsk.

Det er laget en mal for denne som ligger på NGF sin nettside, bruk den og legg merke til font-type og fontstørrelse (Times New Roman 12), kapitalisering og utheving av skrift, bruk av tegn, navn- og adresseangivelse, linjeavstand, inndeling og avstand mellom avsnittene.

Abstrakt filnavn skal være "etternavn foredragsholder"+ "stikkord for emne," f.eks. "Nilsen konisering." Du vil få beskjed om foredraget er akseptert til presentasjon som fri foredrag eller plakat.

Til hvert foredrag er det avsatt 8 min + 2 min til diskusjon.

Selve foredraget medbringes i Microsoft PowerPoint eller Apple Keynote på minnepinne og leveres under årsmøtet. Foredragets filnavn skal være "etternavn foredragsholder"+ "stikkord for emne". Det skal gis beskjed ved innsending av abstraktet om presentasjonen er Mac- eller Windows-formatet.

Støtte til LIS (Lege i spesialisering) og stipendiater

LISer og stipendiater, innen faget gynekologi og obstetikk, som holder foredrag eller presenterer plakat får kr 2000 i støtte, som utbetales etter årsmøte. Utbetaling forutsetter at foredraget er avholdt, og at deltakeravgift er betalt. Vennligst opplys til undertegnede om du er LIS ved innsending av abstrakt!

LIS som ønsker å søke støtte må av regnskapsmessige grunner innsende fullt navn, adresse, fødsels- og personnummer og skattekommune sammen med abstraktet.

Priser

Det utdeles pris til beste foredrag i obstetikk og beste foredrag i gynekologi, hver på kr 5000. Prisen må taes ut som reisestøtte innen ett år. Utbetaling forutsetter at deltakeravgift er betalt.

Vel møtt i Arendal!

Knut Hordnes Kevin Sunde Oppegaard
Nestleder NGF Vitenskapelig sekretær NGF

NORSK GYNEKOLOGISK FORENINGS HEDERSPRIS

STATUTTER

1. Prisen "Norsk Gynekologisk Forenings Hederspris" utgjør i 2010 40 000 kr.
2. Prisen er en direkte videreføring av Scheringprisen som ble etablert og utdelt første gang i 1986
3. Prisen utdeles ved Norsk Gynekologisk Forenings årsmøte av NGFs formann og en representant fra Bayer Schering Pharma
4. Prisen utdeles for beste forskningsinnsats eller fortjenestefullt arbeid i gynekologi/obstetrikk
5. Alle medlemmer av NGF kan gi begrunnet forslag på kandidater
6. Prisen utdeles fortrinnsvis til medlemmer av NGF, men kan tildeles ikke-medlemmer for forskning eller fortjenestefullt arbeide innen eller i nær tilknytning til faget gynekologi/obstetrikk
7. Ved mangel på tilfredsstillende kandidater et år, kan evt. utdeling utsettes slik at man et annet år kan gi to priser
8. Utvelgelse til prisen skjer ved et utvalg som består av sittende styreformann og de to sist avgåtte formenn i Norsk Gynekologisk Forening

FORSKNINGSSTIPEND, GYNEKOLOGI OG OBSTETRIKK

NOK 50.000

(Tidligere "Organon-prisen")

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

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

Tildelingen av stipendet vil foregå på NGFs årsmøte i Arendal i september 2010. Den eller de som har mottatt forskningsstipendet må være villig til å presentere forskningsresultatene i et egnet forum, samt gi en skriftlig orientering til MSD (Norge) AS.

Søknaden stiles til MSD (Norge) AS, Postboks 458 Brakerøya, 3002 Drammen, og skal inneholde en kortfattet forskningsplan, curriculum vitae og et budsjett for prosjektet. Søknadsfristen er 1. august 2010.

Eventuelle spørsmål kan rettes til edvard.christian.dahl@merck.com eller telefon 32 20 73 00.



NGFs FORSKNINGSPRISER

1. **PRIS BESTE FOREDRAG: NGF** deler ut to priser a kr 5000,- for beste foredrag avholdt under NGF's Årsmøte
2. **ETTERUTDANNELSESFOND FOR SPESIALISTER:** Dette ble opprettet etter NFOG-kongressen i Oslo i år 2000 til støtte mht etterutdanning av spesialister i gynekologi og obstetrikk. Grunnkapitalen er på kr 100 000,-. Søker må bo i Norge og være medlem av NGF. Det kan søkes midler til ulike former for etterutdanning, f.eks dekning av reiseutgifter til kurs, kongresser og utveksling, invitasjon av foredragsholder til kurs for flere gynekologer i samme nærmiljø, innkjøp av bøker eller Cd-rom etc. Begrunnet søknad til styret i NGF ved leder Bjørn Backe. Søknad må inneholde program med budsjett, rapport må avgis etter at aktiviteten er avsluttet.



Program NGF Årsmøte

Arendal 2.-4.september 2010

Arendal Kulturhus/Clarion Hotel Tyholmen - Thon Hotel Arendal - Park Inn
www.legeforeningen.no/ngf

Onsdag 1/9

FUGO: Infertilitet Se eget program s. 23 (Arrangementet er uavhengig av Årsmøtet)

Torsdag 2/9

	Formøter (se program på NGFs nettsider)
10.00-12.00	Egen sal: Norsk Urogynekologisk Gruppe: NUGG
10.00-12.00	Egen sal: Forening for Utdanningskandidater i Gynekologi og Obstetrikk: FUGO
10.00-12.00	Egen sal: Praktiserende Spesialistenes Landsforening: PSL
10.00-12.00	Egen sal: Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi: NFGO
12.15-13.45	"Gynekologien mot 2020" - Lunsjsymposium i regi av Nycomed
	Årsmøte 2010
14.00-14.30	Ordfører i Arendal ønsker velkommen
	Åpning av Årsmøtet: <i>Leder i NGF, Bjørn Backe</i>
	Komiteeinnslag med presentasjon av avdelingen i Arendal
14.30-15.30	History of Intrapartum Fetal Assessment. <i>Gary Dildy III, Maternal Fetal Medicine Center at St. Mark's Hospital, Salt Lake City, Utah</i>
15.30-16.00	Pause
16.00-18.00	Fagpolitisk debatt
	1. Et trygt fødetilbud? Konsekvenser av Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner
	2. Faste stillinger for LIS'er? <i>Repr fra OLF, YLF og spes.kom inviteres.</i>
18.30 - 24.00	"Get Together" i Skoleskipet Sørlandet med matservering og dans med storband

Fredag 3/9

08.30-10.00	Obstetrikk:
08.30-09.00	Predicting Spontaneous Preterm Birth. <i>Gary Dildy III</i>
09.00-09.30	Fosterovervåking med STAN. Hva skjer? <i>Jørg Kessler.</i>
09.30-10.00	Variasjoner i fødselshjelp i Norge: institusjonsbasert statistikk. <i>Stein Emil Vollset</i>
10.00-10.30	Pause
10.30-12.00	Frie foredrag sesjon 1: Generell gynekologi
12.00-13.00	Lunsj
13.00-14.30	Frie foredrag sesjon 2: Obstetrikk
14.30-15.00	Pause (Posterbesøk)
15.00-16.00	Frie foredrag sesjon 3: Gynekologisk Onkologi
16.00-16.30	Pause
16.30-18.00	Generalforsamling i Plenumsalen
19.30	Apetittvekker, deretter bankett og kulturelle innslag i Plenumsalen i Arendal Kulturhus

Lørdag 4/9

09.00-10.30	Gynekologi:
09.00-09.30	Vaginal hysterektomi – historikk og metodevalg. <i>Trond Melbye Michelsen</i>
09.30-10.00	Kontroll etter gynekologisk kreftbehandling - når og hvor? <i>Ingvild Vistad</i>
10.00-10.30	HPV-testing i primærscreening - hva er status? <i>Bjørn Hagen</i>
10.30-11.00	Pause
11.00-12.00	Frie foredrag sesjon 4: Generell gynekologi
12.00-13.00	Lunsj
13.00-14.00	Frie foredrag sesjon 5: Obstetrikk
14.00-14.30	Avslutning. Priser for beste foredrag.

I DAG KAN VI GJØRE MER


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

SPRE KUNNSKAP OM HPV OG FOREBYGGING

«Det er særdeles viktig at informasjon om HPV og forebygging gis til jenter og foreldre også utover 7. klassetrinn - på lik linje med informasjon om andre seksuelt overførbare sykdommer»

Gynekolog Kari Anne Trosterud, Helsesøstre - nr 2-2009 - «Hva kan helsesøstre gjøre i kampen mot livmorhalskreft»

«Ungdom har krav på å vite om viruset for å kunne beskytte seg»

Professor, overlege KK A-Hus Anne Eskild, *Gynekologen* 21-4, 2008

Helsesøstre har en uvurderlig funksjon som profesjonelle formidlere og viktige helsearbeidere i forebyggende helsearbeid. Vær med og formidle et viktig budskap for kvinnehelsen.

Informasjonsbrosjyren – **Dette bør du vite om Humant Papillomavirus (HPV)** – (forfattet av gynekolog Kari Anne Trosterud) for jenter og foresatte, er et av flere viktige hjelpemiddel for å øke kunnskapsnivået på et område mange har lite kunnskap om.

Bestill et eksemplar til alle jenter også utenfor vaksinasjonsprogrammet.

Brosjyren kan bestilles hos:

Sanofi Pasteur MSD

Adresse: Hamangskogen 60, 1338 Sandvika

e-mail: rjensen@spmsd.com



Eurogin 2010

Kongress for klinisk HPV-forskning

Kan det være noe nytt om dette utdebatterte, utskjelte, kontroversielle temaet ennå engang?? En del nordmenn i ulike grupper hadde funnet veien til Monaco og Eurogin (kongress for klinisk HPV forskning) i februar i år. Surt vær og lite sjarmerende by, men et flott kongressenter og veldig bra program - og faktisk en god del nytt.

Det oppstår 500 000 nye tilfeller av cervix cancer hvert år totalt, 99 % skyldes HPV infeksjon. I tillegg oppstår like mange andre cancertilfeller som skyldes HPV infeksjon og > 60 % av vaginal, >60 % av vulva, > 75 % av anus, > 45 % av penis + og ca 25%hode og halscancer skyldes HPV og for ca 70% av disse er 16/18 ansvarlig agens.

Ikke rart at et utrolig antall svært aktive kolleger forsker og publiserer innen te maet HPV, både vedr epidemiologi, vaksinasjon og testing.

Epidemiologi

-De epidem studier viser sammenfallende tall vedr HPV smitte, med en topp ved 25-

30 år og så dalende, altså en smitte av unge kvinner, men flere studier kan nå påvise en ny topp ca 45 år, slik at neg HPV test predikerer ikke for all fremtid, naturligvis avhengig av livsstil.

- Det kommer nå stadige tall på andre HPV relaterte sykdommer. For vårt fag: VAIN, VIN, men også AIN og analcancer (som

C

Gardasil® «Sanofi Pasteur MSD»
Vaksine mot humant papillomavirus

ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVEESKE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 40 µg, type 18 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfatulfatadjuvans) 225 µg, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vaksine som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, i vulva og vaginale), cervixcancer og kjønnsvorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med humant papillomavirus (HPV) av typene 6, 11, 16 og 18. Indikasjon er basert på effekt hos voksne kvinner 16-26 år og påvist immunogenisitet hos barn og ungdom 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke undersøkt hos menn. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primær- og boosteraksjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativ vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter den 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn: <9 år:** Ingen erfaring. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksineringsutsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksineringsutsettes ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-type 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høygradige cervix-, vulva- og vaginaldysplasi eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virusstyper i vaksinen som kvinnen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Ved bruk hos voksne kvinner må variasjonen i prevalens for HPV-typer i ulike geografiske områder tas med i vurderingen. Ved beslutning om å vaksinere en kvinne i alderen 27-45 år, må risiko for tidligere HPV-eksponering veies opp mot potensiell nytte av vaksinasjon. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Må gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primær- og boosteraksjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisits- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mIU/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinen ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksineringsutsettes til etter fullført graviditet. **Overgang i morsmelk:** Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Øvrige: Erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremitetene. Øvrige: Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Urticaria. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Blod/lymf: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier: Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet: Uspesifikk artritt/artropati, artralgi, myalgi. Nevrologiske: Guillain-Barrés syndrom, svimmelhet, hodepine, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, utmattelse, uvelhet. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Rekombinant, adsorbert, ikke-infeksiøs firekomponentvaksine med adjuvans, laget av høyrensende viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinet hos HPV-type 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. **Virkningsmekanisme:** HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus antyder at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å induisere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, VaIN 2/3 og kjønnsvorter på hhv. 99%, 100%, 100% og 99%. Kryssbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper. Kombinert er effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksineringsutsettes. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksineringsutsettes. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% antistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenisitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primær- og boosteraksjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-type(r) før vaksineringsutsettes. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometriske middelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisitetssammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenisitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet i litt uklart, hvitt suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før injeksjon. Legemidlet skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksineringsutsettes. Pas-sende kanylen velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. Destruksjon: Ubrukt legemiddel eller avfallsmateriale skal behandles iht. lokale krav.

Pakninger og priser: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte med to kanyler) 098722. Kr 1170,80

Godkient SPC: 02.09.2009

er økende spes hos kvinner), samt for munnhule/svelg. Både VAIN og VIN er økende, spes HPV relatert VIN hos unge kvinner. Multifocal, residiverende og ikke så lett å få bukt med. Videre er risikoen for å få de andre HPV relaterte sykdommene økt (2-16 ganger) hos kvinner som allerede er behandlet for CIN, noe som bør få betydning for vår håndtering av CIN pasienter, med kontroll og informasjon.

- det var mye snakk om adenocarcinomer i cervix, de plukkes opp dårligere enn plateepithel cancere ved dagens screening. De er økende/reduseres ikke på samme måte med nåværende screening og primærforebygging (vaksine) vil være ekstra nyttig.

- det var mye tall ang HPV typer og risiko, og 16 vinner i alle sammenhenger, og i alle land og verdensdeler. Den er sintest, gir størst sjans for persisterende infeksjon og progresjon til CIN og cancer og sjeldnere regress/spontan bedring. Men også, hvis man tester negativt for HPV 16, gir det gode odds i årene fremover, bedre enn å være negativ for noen av de andre.

Vaksinasjon

Både Merck og GSK har store studier som bakgrunn for sine vaksiner. En del av "forsøkskaninene" i disse studiene følges videre og gir oss stadig ny kunnskap:

- det kommer langtidstall for effektivitet, og den er på samme høye nivå når det gjelder sykdom (CIN2+), trots det faktum at en stor del av kaninene ikke lenger har målbare antistoffer i blodet. Det gjør nødvendigheten av en boosterdose mindre sannsynlig. Videre synes effektiviteten hos de ikke fullvaksinerte å være bra, slik at det diskuteres om land med annen infrastruktur og økonomi kan klare seg med færre doser.

- det kan vises til kryssbeskyttelse, de 2 firmaene uttrykker dette forskjellig, og avhengig av hvor grenser settes og hvordan virus typer grupperes, får de tilsynelatende ulike svar. Men resultatene kan stort sett summeres i at det er dokumentert beskyttelse mot HPV31 og HPV45 (nærmeste slektninger av hhv HPV16 og 18 som er i vaksinen).

- Den store stygge ulven "replacement", spesielt kjent fra dnlf's tidsskrift, har man ennå ikke sett noe til, og alle som kunne tenkes å besitte kunnskap om emnet, mener det høyst usannsynlig.

- Det ble presentert resultater av "mid adult women"(MAD)-study, dvs kvinner mellom 26 og 45 år. De ble inkludert i studien uansett antall sex partnere (gjennomsnittet var dog 2-3, og 58 % hadde < 2, 23 % mer

enn 4 partnere). Overraskende viste det seg at de hadde god nytte av vaksinen, 83-100% beskyttelse, avhengig av endepunkt (CIN, condylomer og persistent infeksjon). Dette adresserer spørsmålet om nytten av testing før vaksine (unødvendig), samt av å vaksinere etter sex debut (ikke optimalt, men slett ikke bortkastet). Man kunne vel hevde at nytten av å vaksinere "eldre" kvinner er avhengig av livsstil, men som ble flere ganger ble understreket, vi snakker jo ikke bare om egen livsstil og ikke bare om den offisielle.

- Det kom frem skremmende tall fra IARC (WHO's kreftforsknings institutt) vedr sex debut. Ca 20 % av kvinner og 5-10% av menn opplyser om tvang relatert til første sexuelle opplevelse. Det kommer frem en sterkt øket risiko for cervixcancer hos unge kvinner gift med mye eldre menn, spes når hun er ned mot og under 13 år ved inngåelse av ekteskap, noe som ikke er uvanlig i andre samfunn enn vårt..

-Vaksinen i praksis. Dette er jo spennende, så effektivt i en studiepopulasjon, vil det holde?

Australia var først ute med å vaksinere, startet høsten 07 med 4 valent vaksine (HPV 16-18-6-11), og condylom resultater er allerede tilgjengelige (noen ganger er kort inkubasjonstid bra !). De har samlet resultater fra 6 nasjonale STD sentre og sammenlignet MSM med MSQ som det nå kalles (denne gruppen "menn som har sex med kvinner"). MSM er jo da forventet ikke å ha noe nytte av at kvinner er vaksinert. Og dette viser seg: Condylom forekomst hos kvinner < 26 år gikk ned med 50%, hos MSQ ned 25%, men hos MSM lå den stabil. Som kontroll brukes pasienter med andre STD. "Herd imunity" dokumentert !!. Dog hadde de en vaksinasjonsdekningsgrad på over 70%, noe å tenke på her på berget.

Testing

- Det finnes land som har satt i gang det vi i Norge også fint kunne gjort, nemlig studier hvor man sammenlignet primær HPV testing med dagens CYTOLOGI screening. Så hadde vi hatt noe å vise til som bakgrunn for beslutninger. Men til de som har gjort dette(Sverige, UK, Nederland, Canada, Italia...): Den prediktive verdien av en neg HPV test er så god og varer så lenge, 5-6-7 år , slik at screening intervaller kan økes og penger spares.

- Dette er en kongress der du skal kunne dine statistiske begreper godt og fort. Det fyker mellom veggene med sensitivitet, spesifisitet (analytisk og klinisk), negativ og positiv prediktiv verdi, og de går alle opp og ned i forhold til hverandre som en

dumphuske, skjønt der var vi alltid bare 2. Jeg tror bestemt ikke jeg er den eneste som synes det går litt fort. Men jeg tror det kan oppsummeres med Chris Meijer: Høyere sensitivitet og lavere spesifisitet gir lavere prediktiv verdi av testen og "too many positive, too many referrals, too costly".

- Av stor interesse var spes Jack Cuzick's forslag til algoritme for HPV som primærttest i screening i stedet for cytologi. Denne settes ut i livet i UK og forventes å bedre påvisning av sykdom, økonomi, og byrde for pasienten.

- Felles for screening med primær HPV test var at man måtte starte sent (hos de unge er jo "alle" positive), 35 år synes å være akseptabelt. Screening intervall på 5-7 år. Mange land gjør store innsatser for å få svar på dette, mens vi med våre gode registre ikke engang kan enes om en felles HPV test så vi kan sammenligne regioner.

- Det var mye snakk om en rekke markører som kunne være egnet til å predikere hvilke CIN som vil progrediere, men foreløpig er dette forskning. " Biomarkører er kun nyttige hvis de endrer behandlingen". Biomarkører flytter deg opp og ned en risikoskala" (Castle).

- Det finnes en rekke ulike strategier for vaksineimplementering, både alder for vaksine, "catch up" , finansiering og type vaksine. Når det gjelder vaksine har jo Norge valgt den 4 valente, og med resultatene fra Australia, kan vi være fornøyd med det. Den manglende "catch-up"-vaksineringen trenger vi ikke være så fornøyd med.

Alt i alt en flott og spennende kongress med overraskende mye nytt.

Disclosure

"Jeg har ingen relevante bindinger" som det så fint heter på kongresser og møter nå for tiden. Men korrekt: Jeg reiste til kongressen med SPMSD, har tidligere reist med både Merck, SPMSD og GSK og har deltatt i utprøving av vaksinen for Merck fra 2000 og fortsatt.

NGFs vårmøte i Trondheim

Til tross for utrolige tilfeldigheter som gjorde at dagen før vårmøtet sammenfalt med vulkanske aktiviteter under Eyjafjallajökull, hadde mange trosset stengte flyplasser og kommet seg til Trondheim i tide. Det florette historier om lange tog- og bussturer.

Dag 1 startet som planlagt med en fin og oversiktlig gjennomgang av infertilitet, IVF og svangerskapsutfall ved Romundstad. Vi fikk en nøye gjennomgang av utredning og tankegang bak denne, samt behandlingsalternativer. Man ser at svangerskapsutfall i forbindelse med IVF – graviditeter er forbundet med økt forekomst av komplikasjoner i svangerskapet, samt perinatal død, lav fødselsvekt og for tidlig fødsel. Dette relateres til selve infertiliteten og ikke behandlingsteknologien.

Kjøtrød foreleste så om AMH, det "nye" hormonet alle snakker om. AMH gjenspeiler en kvinnes ovarialreserver, som avtar nærmest lineært med alder og vil kunne si noe om gjenværende fertile periode og egnethet for IVF. Hormonet er sykluuavhengig, reproduserbart og stabilt. Deretter holdt Bjørn Hagen en forelesning om kirurgisk behandling ved ovarialcancer hvor konklusjonen ble at optimal kirurgi innebærer makroskopisk radikalitet. Prognostiske faktorer er alder, funksjonsevne, ploidi(tidlig stadium) og resttumor etter primærkirurgi.

Pepe Salvesen forklarte bruken av Doppler av a. uterina for å predikere preeklampsi. Ultralyd er nok ikke alene nok til å forutsi preeklampsi, men kan være en godt

diagnostisk verktøy for å vurdere early onset preeclampsia.

Vestfold Sentralsjukehus har vært foregangssykehus med registrering av laparoskopier. Jardar Oma, som dessverre er gått bort, var primus motor for laparoskopiregisteret, som har ligget brakk etter hans død. Man ønsker nå å blåse liv i det igjen og får flere sykehus til å bruke det, da dette er essensielt for å få et godt register.

Kevin Oppegård, foreleste fra sitt nylig gjennomførte doktorgradsarbeid om Misoprostol, som er den eneste PGE analogien som er trygg, stabil og gir få bivirkninger. Og ikke minst: legemiddelet er billig. Produsenten ønsker ikke å godkjenne middelet for cervixdilatasjon, i frykt for å få publisitet som ansvarlig for "abortpillen".

Runar Eraker, fra Ahus presenterte deres resultater ved bruk av graft for genital descens. Her er mulighetene mange, men det er viktig å ha en god indikasjon og man skal huske at nett ofte har komplikasjoner.

Kirurg Mårvik fra St Olav hadde et interessant tema om endoskopisk kirurgi, særlig med vekt på dette med utdanning og simulator. Alle avdelinger bør ha dette som et satsningsområde.

Dag 2 startet med temaet TTTS – tvilling-tvilling transfusjons syndrom. Birgitte Kahrs holdt en flott innledning til temaet.

Dr. Hecher fra Hamburg-Eppendorf, som hadde booket feil billetter og til alles hell unngått askeskyen, kom to dager for tidlig til Trondheim og var så hovedforeleser i temaet. Her ble patofysiologi nøye gjennomgått, med referanser til ulike studier, og man lærte hvordan laserbehandling utføres for å omgjøre en monochorial placenta til en hemodynamisk dichorial placenta.

Kirsten Hald (som også hadde brukt uendelige timer på å komme seg til Trondheim) gikk igjennom temaet "embolisering av myoma uteri". Dette er en metode som hovedsaklig kan brukes når graviditet ikke er ønsket, og hvor kirurgi ikke er ønskelig. Metoden gir kortere liggetid i sykehus og rekonvalesens, men ulempen er strålebelastningen og recidivrisiko.

Tusen takk for nok et vel gjennomført Vårmøte! Tross at møtet ble preget av vulkanske og fly-stopp, hadde arrangementkomiteen fått invitert mange gode forelesere. I tillegg var det hyggelig å treffe gamle kolleger. Vårmøtet var uansett verdt hjemturen med ni timer på en overfylt ekstrasbuss med harde, ikkejusterbare seter. Om et år så er det et nytt Vårmøte og det er bare å glede seg!

- Erik Andreas Torkildsen
- Kvinneklinikken, Stavanger Universitetssjuehus
- toea@sus.no

Referat EBCOG Antwerpen, Belgia

21th European Congress of Obstetrics and Gynaecology 2010

For 2 år siden var det Lisboa og denne gangen var det Antwerpen som var sentrum for kongressen til European Board and College of Obstetrics and Gynaecology. Det er spennende å se hva som rører seg nedover i Europa og samtidig treffe kolleger fra andre land. Kongressbyen Antwerpen er en gammel og ærverdig by, der diamanter glitrer på hvert hjørne. Til tross for at byen ligger inne i landet så har den en av Europas største havner. Flott sted for å avholde en europeisk kongress.



Kongressen

I år var det noe færre deltakere enn tidligere, noe som kan skyldes både askesky og økonomiske tider. Men deltakerne kom fra hele verden for å delta og det var mange spennende temaer og mye å velge imellom. Men dessverre så kan man ikke få med seg alt.

I tillegg til foredrag og frie foredrag, var det også lagt opp til Hot Sessions, der man kunne forsøke seg på praktiske øvelser – alt fra laparoskopiske simuleringsøvelser

til obstetriske problemstillinger, som fastsittende skuldre etc.

Samtidig med kongressen hadde ENTOG – European Network of trainees in Obstetrics and Gynaecology – egen sesjon der man tok opp temaer som utdanning, lovverk og spørsmålet om splittelse av faget. ENTOG hadde også sin årlige utveksling, der LiS'er fra flere land fikk mulighet til å få innblikk i hvordan helsesystemet fungerer i et annet land.

E-poster

Under kongressen ble det gjennomført en ny type postere. Som sikkert de fleste vet laget man tidligere en plakate, med opplysninger om prosjekter og resultater. Denne gangen sendte man inn Power-Point slides som ble lagret i frittstående datamaskiner. Der kunne man "klikke" seg gjennom posterene som man ønsket å studere. I tillegg ble det arrangert egne Poster Sessions, der man fikk

2 minutter til disposisjon for å presentere sine prosjekter eller kasuistikker. Man var litt uheldig i Antwerpen med plasseringen av disse sesjonene. Alt foregikk utenfor en av de store salene og det var mye støy når deltakerene gikk til og fra. Men konseptet var spennende og jeg tror vi kommer til å se mer av dette i fremtiden, og det er jo også en fin mulighet til å kunne gi en kort presentasjon av egne prosjekter.

Take home messages

Det ble presentert mange spennende emner under kongressen. Personlig synes jeg det er viktig å holde seg oppdatert på hva som "rører seg" i faget rundt omkring i verden. Alt i alt sitter jeg igjen med inntrykket at nivået i Norge er ganske bra.

For å oppsummere noen viktige punkter fra kongressen, fikk vi høre følgende take home messages:

OBSTETRIKK

- Adipositas øker spesielt i den vestlige verden og kompliserer kvinners og barns helse. Her er det viktig å tenke forebyggende.
- Kirurgi på det ufødte barn er nå blitt en realitet. Eksempler på dette er behandling av kongenital diafragma hernie og laser for tvilling-tvilling transfusjons syndrom.
- Vaginale kliniske undersøkelser har begrenset pålitelighet og konvensjonell ultralyd har etter hvert begynt å innta fødestuen. Nye metoder som "angle of progression" (vinkel mellom symfyse og hodeskallen) ser ut til å være lovende i fødselsomsorgen.
- Placenta accreta er en tilstand som bør mistenkes, spesielt hos de med placenta praevia og/eller tidligere gjennomgått keisersnitt. Et viktig hjelpemiddel for å diagnostisere og vurdere dette er ultralyd med farge-doppler, og gjerne i kombinasjon med MR. Placenta accreta bør løses tverrfaglig og man bør ha lagt en plan for forløsning. Hvis mulig bør placenta ikke fjernes. Behandling av komplikasjoner kan gjøres radikalt med hysterektomi eller konservativt, eksempelvis med embolisering.
- Øvelse og trening er viktig! Obstetriske katastrofer må trenes og simuleres jevnlig, som f. eks trening på å løse fastsittende skuldre. Her er det viktig å huske på at alle faggrupper er med, da det er viktig å avklare hva den enkelte skal gjøre i enhver situasjon.
- Når det gjelder å oppdage Downs syndrom så har ultralyd vist seg å være et viktig redskap i første trimester. I tillegg er det viktig å utføre både fire-kammer snittet og snitt av de store blodkarene, for å oppdage kardiologiske problemstillinger.
- Hos kvinner med assistert befruktning vil faktorer som adipositas, røyking, alkohol, folat-mangel og dårlig diet være assosiert med dårlig graviditetsutfall. 3-måneders intervensjoner har vist seg å gi et signifikant bedre utfall. Graviditets komplikasjoner ser ut til å være høyere hos de med assistert befruktning og ser ut til å ha tilknytning til infertiliteten per se. Multiple svangerskap er fortsatt en stor komplikasjon hos de med assistert befruktning og kan reduseres med å sette inn kun et embryo.



GYNEKOLOGI

- Compliance er en av hjørnesteinene for at prevensjonsmidler skal være effektive. Informasjon og rådgivning av kvinner er viktige elementer.
- Hvis man mistenker Müllerske anomalier så er det viktig å diagnostisere dette med en kombinasjon av klinisk undersøkelse, ultralyd og MR, evt. med laparoskopi i tillegg.
- Kardiologiske effekter av HRT behandling er avhengig av når behandlingen ble startet.
- I behandling av myomer så ser det ut til at selektive progesterone receptor modulators (SPRM) vil kunne redusere bruken av invasiv kirurgi og kan ha potensiale for lang-tids terapeutisk behandling.
- Laparoskopi har vist seg å være nyttig i behandlingen av Pelvic inflammatory disease, men det er viktig å gjøre det når infeksjonen er i en startfase og ikke etter uker med ineffektiv medisinsk behandling.
- I vurdering av bekkenbunnen ser det ut til at 3D ultralyd kan bli et godt hjelpemiddel.
- Metaanalyser av TVT versus TVT-O, med langtidsdata savnes. Det ser ut til at det er mer smerter med TVT-O og høyere risiko for erosjoner, men det er mindre risiko for blæreperforasjoner. Det er også enklere å lære.
- Når det gjelder bekkenbunnsdefekter og skader så er det viktig med god obstetriske intervensjon. Dette går på for eksempel god støtte teknikk og riktig

behandling etter skader på fødselsveien. Langtids bekkenbunnstrening har vist seg å være fordelaktig.

Man bør være forsikt med bruk av nett (mesh) i bekkenbunnskirurgi, og indikasjonen bør være nøye vurdert på forhånd. Det er høy rate av komplikasjoner. Nett krymper overraskende mye, fra 45 % og opptil 80 % moderat krymping i enkelte studier. Nett blir ofte feilplassert, nettet brettes, eller at nettet ikke festes korrekt til siden.

- Robot kirurgi i onkologi vil ikke kunne erstatte laparoskopien, men kan være et nyttig supplement, særlig hos kvinner med høy BMI.
- Seksualitet er et viktig tema å ta opp med kvinner etter cancerbehandling, for å bedre "Quality of life"
- Ferdighets-lab med simulatorer, bør være en standard del av utdannelsen i både endoskopi og åpen kirurgi. Det er viktig at institusjoner investerer i dette.

So long, farewell, au revoir

Kongressen i Antwerpen ble godt organisert og det var hyggelig å treffe såpass mange kjente igjen. Litt færre nordmenn denne gangen i forhold til kongressen i Lisboa. Tallin i Estland står for tur med kongress i 2012. Jeg vil oppfordre alle til å sette av mai-måned i 2012, da jeg tror dette vil bli nok en spennende kongress. Dette ikke minst for leger i spesialisering, som ved en slik anledning også får en god mulighet til å få med seg en uke med utveksling og erfaring fra den delen av Europa.

Effektiv lokalbehandling av bakteriell vaginose på 3 dager¹

Dalacin Vagitorier

Lokal behandling av en lokal tilstand



Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10

VAGINALKREM 2%: 1 g inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearylic., cetyl-palm., paraffin. liqid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.

VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneh.: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

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

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

Forsiktighetsregler: Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner.

Bruk av klindamycin

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

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

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

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

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

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

Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40.

Sist endret: 27.01.2004

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

Ref. 1) Paavonen J. et al. Obstet Gynecol 2000;96:256-60

E2009-1256



Dalacin[®]
Klindamycin

NFOG Specialist Course 2010

Polycystic Ovary Syndrome through Life

November 17th – 18th 2010

Park Inn Airport Hotel, Copenhagen, Denmark

The NFOG Educational Committee hereby invites you to the www.NFOG.org Specialist Course on Polycystic Ovary Syndrome through Life. The course will deal with aspects of PCOS related to different ages and endocrine states of a woman's life. Nordic and international top speakers with active research in this area will participate. The course is the second NFOG Specialist Course, planned to run each year with different topics, and aimed at specialists in Obstetrics and Gynecology, but also trainees.

Below you find the final program. The number of participants is limited to 200, due to course facilities. NFOG members (includes all members of the national societies) are welcome to register at the NFOG web-site from now on. Non-members are welcome to register from September 15th. Reservations at different hotels in the area could be made at the same time as the registration. The course will be sponsored according to regulations by the Danish Legal Board of Self-Regulation concerning Pharmaceuticals.

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

NFOG member, early registration before September 15th	DKK 1800,-
NFOG member, late registration after September 15th	DKK 2500,-
Non-NFOG members, registration available from September 15th	DKK 3000,-

Course program

Wednesday 17th of November

11.30 – 13.00	REGISTRATION, LUNCH	
13.00 – 13.05	Welcome and introduction	President of NFOG

Session 1 Prenatal and early development and treatment of PCOS

13.05 – 13.30	Intrauterine environment and PCOS	Sven M. Carlsen, MD, Professor (N)
13.30 - 14.00	Early development & pubertal prevention of PCOS	Francis de Zegher, MD, Professor (B)
14.00 – 14.30	Treatment of PCOS in adolescence	Lourdes Ibanez, MD, PhD (E)
14.30 – 14.50	Panel discussion and questions	
14.50 -15.20	COFFEE	

Session 2 PCOS, pregnancy and metformin

15.20 – 15.50	Metformin and ART in PCOS: A RCT	Sigrun Kjotrød, MD, PhD (N)
15.50 – 16.20	Metformin in early pregnancy and abortions	Laure Morin-Papunen, MD, PhD (SF)
16.20 – 16.50	Metformin and pregnancy outcome in PCOS	Eszter Vanky, MD, PhD (N)
16.50 – 17.20	Panel discussion and questions	
19.30	DINNER	

Thursday 18th of November

Session 3 PCOS in the adult woman

08.30 – 08.50	PCOS, obesity in the young adult	Ditte Trolle, MD, PhD (DK)
08.50 – 09.10	Metformin: When and to whom?	Ditte Trolle, MD, PhD (DK)
09.10 – 09.30	Diet and lifestyle	Angelica Linden-Hirschberg, MD, Professor (S)
09.30 – 09.50	Are there any benefits of PCOS?	Angelica Linden-Hirschberg, MD, Professor (S)
09.50 – 10.10	Panel discussion and questions	
10.10 – 10.40	COFFEE	

Session 4 Quality of life – later in life

10.40 – 11.10	Quality of life in PCOS	Georgina Jones, Psychologist, PhD (UK)
11.10 – 11.40	Cardiovascular risk factors	Harpal Randeva, MD, Professor (UK)
11.40 – 12.00	Diabetes and PCOS	Sven M. Carlsen, MD, Professor (N)
12.00 – 12.30	Premenopausal PCOS – symptoms and consequences	Inger Sundström-Poromaa, MD, Professor (S)
12.30 – 13.00	Panel discussion and questions	
13.00 – 13.05	Concluding remarks	NFOG Educational Committee
13.00	LUNCH	

Kongresskalender

Se www.legeforeningen.no/ngf

	Dato	Kurs	Sted
2010	9.-11. april	3rd Congress of the Asia Pacific Initiative on Reproduction	Bangkok
	15.-16. april	NGF Vårkurs	Trondheim
	22.-25. april	Controversies in Cryopreservation of Stem cells, Reproductive cells, Tissues & Cells	Valencia, Spain
	4. mai	Svangerskap og fødsel etter tidligere keisersnitt	Oslo
	5.-8. mai	EBCOG 2010	Antwerp, Belgium
	6.-8. mai	Scandinavian Society for Genitourinary Medicine	Oslo
	16.-20. mai	17th International Congress of Cytology	Edinburgh, Scotland
	19.-22. mai	11th ESC Congress	Hague, Nederland
	20. mai	Norsk helsenettverk for utvikling - konferanse	Oslo
	26.-29. mai	XXII European Congress Perinatal Medicine	Granada, Spain
	31. mai-4. juni	11. Nordisk workshop i kunnskapshåndtering	Holmsbu
	3.-6. juni	Vekstkontroll og Doppler-ultralyd i svangerskapet	Bergen
	14.-15. juni	Arctic Pelvic Floor Meeting	Sommerøy, Norway
	16.-18. juni	37th NFOG Congress	Copenhagen, Denmark
	23.-26. juni	Congress on Minimally Invasive gynecological surgery	Dubrovnik, Croatia
	27.-30. juni	ESHRE 26th Annual Meeting	Roma, Italia
	12.-15. aug	Comprehensive Colposcopy	San Francisco, USA
	23.-27. aug	Joint Annual meeting of International Continence Society & International Urogynecological Association	Toronto, Canada
	2.-4. sept	NGF Årsmøte 2010	Arendal
	12.-16. sept	20th World Congress on Fertility and Sterility	Munich, Germany
	16.-18. sept	8th Congress & Postgraduate Course of the European College for the study of Vulval disease	Munich, Germany
	22.-26. sept	1st Global Congress of Maternal & Infant Health	Barcelona, Spania
	26.-29. sept	14th Australasian Menopause Society Congress	Sydney, Australia
	29. sept-2. okt	ESGE: 19th Annual Congress	Barcelona, Spania
	30. sept	Pasientsikkerhetskonferansen 2010-Kunnskapssenteret	Bergen
	3.-6. okt	17th World Congress: International Society for Study of Hypertension in Pregnancy	Melbourne, Australia
	6.-9. okt	1st European Congress Preconception Care & Preconception Health	Brussel, Belgia
	6.-9. okt	Annual Meeting NAMS	Chicago, USA
	7.-8. okt	Bryst og uterus: Forandringer gjennom livet	Stockholm
	10.-14. okt	20th World Congress on Ultrasound in Obstetrics & Gynecology	Praha, Tjekkia
	17.-18. nov	Polycystic Ovary Syndrome Through Life. NFOG specialist course	Copenhagen
	21.-24. okt	International pelvic Pain society, Annual Meeting	Chicago, USA
22.-23. okt	9th Congress of FIAPAC: 'Achieving excellence in abortion care'	Seville, Spain	
23.-26. okt	IGSC Meeting - International Gynecologic Cancer Society	Praha, Tjekkia	
28.-30. okt	16th International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology	Venice, Italy	
28.-30. okt	Neuroendocrinology & Female Reproduction - 2nd International training course	Venice, Italy	
4.-7. nov	13th World Congress COGI	Berlin	
14.-17. nov	13th Congress of the European Society for Sexual Medicine	Malaga, Spain	
30. nov.-3. des	5th International Congress on Gender Medicine 2010	Tel Aviv, Israel	
2011	6.-8. feb	10th International Symposium on GnRH	Salzburg, Austria
	24.-26. mars	The 6th International Symposium on Diabetes & Pregnancy	Salzburg, Austria
	8.-11. juni	13th World Congress on Menopause	Roma, Italia
	28. juni-2. juli	International Urogynecological Association, Annual Meeting	Lisboa, Portugal
	29. aug-2. sept	International Continence Society ICS 2011	Glasgow
	4.-7. sept	11th World Congress on Endometriosis	Montpellier, Frankrike
	8.-11. sept	9th Congress of the European Society of Gynecology	København
	16./17. sept	11th Seminar of the European Society of Contraception & Reproductive Health	Kaunas, Lithuania
	21.-24. sept	Annual Meeting NAMS	Washington, USA
	30. nov-3. des	14th World Congress on Human Reproduction	Melbourne, Australia
2012	28.-31. mars	9th Congress on Menopause & Andropause	Athens, Greece
	20.-23. juni	12th Congress of the ESC, Myths & misconceptions vs evidence on contraception	Athens, Greece

C Qlaira «Bayer AS»

Antikonsepsjonsmiddel.

ATC-nr.: G03A B.

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver mørkegul tablett inneholder: Østradiolvalerat 3 mg, laktose. Hver mellomrød tablett inneholder: Østradiolvalerat 2 mg, dienogest 2 mg, laktose. Hver lysegul tablett inneholder: Østradiolvalerat 2 mg, dienogest 3 mg, laktose. Hver mørkerød tablett inneholder: Østradiolvalerat 1 mg, laktose. Hver hvit tablett (placebo) inneholder: Laktose. Fargestoff: Gult og rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). En pakning inneholder totalt 28 tabletter: 2 mørkegule, 5 mellomrøde, 17 lysegule, 2 mørkerøde og 2 hvite tabletter (placebo).

Indikasjoner: Oral antikonsepsjon.

Dosering: 1 tablett daglig tas i 28 etterfølgende dager, til omtrent samme tid hver dag. Neste brett påbegynnes uten pause mellom brettene. Tablettene tas om nødvendig med litt væske og i rekkefølgen som er angitt på brettet. Bortfallsblødning begynner normalt under inntak av de siste tablettene på brettet, men kan også starte etter at de første tablettene på neste brett er tatt. Behandlingen starter på menstruasjonsblødningens 1. dag. Overgang fra andre prevensjonsmetoder: P-piller: Oppstart dagen etter siste virksomme tablett av tidligere preparat. P-ring eller p-plaster: Oppstart dagen ring/plaster fjernes. Ved overgang fra preparat som kun inneholder progesteron må tilleggsprevensjon benyttes de første 9 dagene. Minipille: Oppstart hvilken som helst dag. Implantat eller spirale: Oppstart dagen implantat/spirale fjernes. Injeksjonspreparat: Oppstart når neste injeksjon skal administreres. Oppstart etter abort/fødsel: Abort 1. trimester: Behandlingen kan startes umiddelbart. Fødsel/abort 2. trimester: Oppstart dag 21-28 anbefales. Ved senere oppstart anbefales tilleggsprevensjon de første 9 dagene. Graviditet må ev. utelukkes før behandlingsstart, ellers må oppstart vente til 1. menstruasjon.

Kontraindikasjoner: Venetrombose, nåværende eller tidligere (dyp venetrombose, lungeemboli). Arterietrombose, nåværende eller tidligere (f.eks. myokardinfarkt) eller prodromaltilstander (f.eks. angina pectoris og forbigående iskemisk hjertesykdom). Nåværende eller tidligere cerebrovaskulær hendelse. En alvorlig eller flere risikofaktorer for venetrombose eller arterietrombose, som diabetes mellitus med vaskulære symptomer, alvorlig hypertensjon, alvorlig dyslipoproteinemi. Arvelig eller ervervet predisponering for vene- eller arterietrombose, f.eks. APC-resistens, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, hyperhomocysteinemi og antifosfolipidantistoffer (antikardiolipinantistoffer, lupusantikoagulanter). Pankreatitt eller tidligere pankreatitt assosiert med alvorlig hypertriglyseridemi. Nåværende eller tidligere alvorlig leversykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normale igjen. Tidligere eller nåværende levertumorer (god- eller ondartede). Kjente eller mistenkte maligniteter i genitale organer eller bryst, hvis disse påvirkes av kjønnsormoner. Ikke-diagnostisert vaginal blødning. Tidligere migrene med fokale neurologiske symptomer. Overfølsomhet for noen av hjelpestoffene. Hvis noen av disse tilstandene inntreffer, skal behandlingen seponeres straks.

Forsiktighetsregler: Ved forverring eller første forekomst av nedenfor nevnte tilstander/risikofaktorer skal seponering vurderes. Kombinasjons-p-pille er forbundet med økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE), spesielt det første året, men risikoen er lavere enn ved graviditet. VTE er totalt i 1-2% av tilfellene. Risiko for VTE øker med alder, positiv familiehistorie (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme (BMI ≥ 30 kg/m²), forlenget immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I slike tilfeller bør bruken avbrytes (ved elektiv kirurgi minst 4 uker før, og ikke gjenopptas før 2 uker etter fullstendig remobilisering. Antitrombotisk behandling bør vurderes hvis p-pillen ikke ble seponert i forkant. Kombinasjons-p-piller er forbundet med økt risiko for arteriell tromboemboli (myokardinfarkt, forbigående iskemisk hjertesykdom) og cerebrovaskulær skade. Risikoen øker med alder, røyking (kvinner >35 år rårådes å røyke), positiv familiehistorie (arteriell tromboemboli hos søsken eller foreldre i relativt ung alder), fedme, dyslipoproteinemi, hypertensjon, migrene, hjerteklaffsykdom og atrieflimmer. Behandling med antikoagulant må ev. vurderes. Ved mistanke om arvelig predisponering for VTE eller arteriell tromboemboli må spesialist avgjøre ev. bruk. Ved mistenkt eller bekreftet trombose må preparatet seponeres. Andre medisinske tilstander som er assosiert med komplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus (SLE), hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigmoidaleanemi. Hyppigere og kraftigere migreneanfoll (kan være prodromalt stadium for cerebrovaskulær hendelse) kan være grunn til umiddelbar seponering. Noe økt risiko for brystkreft. Økt risiko forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Levertumorer må vurderes som differensialdiagnose ved sterk smerte i øvre abdomen, forstørrelse av lever eller tegn på intraabdominal blødning. Kvinner med hypertriglyseridemi eller familier sykshistorie for dette, kan ha økt risiko for pankreatitt. Ved vedvarende økt blodtrykk bør behandlingen seponeres og hypertensjonen behandles. Bruken kan gjenopptas hvis normotensive verdier oppnås ved behandling med antihypertensiver. Følgende tilstander kan forekomme eller forverres ved graviditet eller bruk av kombinasjons-p-piller: Gulsott og/eller pruritus relatert til kolestase, gallesten, porfyri, SLE, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, Herpes gestationis, otoskleroserelatert hørselstap. Tilbakevendende kolestatisk gulsott og/eller kolestaserelatert pruritus, som tidligere har forekommet under graviditet eller tidligere bruk av kombinasjons-p-piller, krever at preparatet seponeres. Ved arvelig angioødem kan eksogene østrogenere induisere eller forverre symptomene på angioødem. Ved akutt eller kronisk leverfunksjonsforstyrrelse seponeres preparatet inntil leverfunksjonsverdiene normaliseres. Kan påvirke perifer insulinresistens og glukosetoleranse, og diabetikere må følges opp nøye, særlig ved behandlingsstart. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er sett. Kvinner med tendens til kloasme bør unngå sølly og UV-stråling. Nøye overvåking ved hjerte- eller nyrefunksjon, da østrogen kan føre til væskeretensjon. Pasienter med terminal nyresvikt må overvåkes nøye, da nivået av sirkulerende østrogen kan være forhøyet etter administrering. Laktosemengden (≈ 50 mg/tablett) bør tas hensyn til ved arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktosemangel eller glukose-galaktosemaltabsorpsjon og ved laktosefritt kosthold. Før behandling foretas grundig medisinsk undersøkelse (inkl. familier sykshistorie og risikofaktorer), blodtrykkmåling og graviditet må utelukkes.

Senere kontroller avgjøres ut fra etablert praksis og tilpasses individuelt. Antikonsepsjonseffekten kan være redusert ved gastrointestinale forstyrrelser (f.eks. oppkast eller diaré) og tilleggsprevensjon må benyttes. Hvis tablettene tas mer enn 12 timer for sent, kan antikonsepsjonen være redusert. Avhengig av når i syklusen tablettene glemmes, kan det være behov for tilleggsprevensjon (se pakningsvedlegg). Graviditet må utelukkes ved uteblitt bortfallsblødning i 2 påfølgende sykkluser, eller når tablett glemmes og neste bortfallsblødning uteblir. Uregelmessige blødninger (sporblanding eller gjennombruddsblødninger) kan forekomme, særlig i løpet av de første månedene. Hvis uregelmessige blødninger vedvarer eller inntreffer etter menstruasjonssykluser som før var regelmessige, bør ikke-hormonelle faktorer vurderes, og ordnet sykdom eller graviditet må utelukkes, ev. utskraping. Amenoré forekommer i ca. 15% av syklusene.

Interaksjoner: Foruten forbindelser angitt i interaksjonskapittelet kan følgende forbindelser gi økt clearance av kjønnsormoner: Primidon, felbamal, griseofulvin og johannesurt (prikkerikum). Ved kortvarig behandling med disse og andre enzymindusere bør tilleggsprevensjon brukes i 14 dager etter avsluttet behandling. Ved samtidig rifampicinbruk bør barrieremetode benyttes i tillegg til kombinasjons-p-pille i hele perioden med rifampicinbehandling og i 28 dager etter seponering. Ved kronisk behandling med enzymindusere anbefales annen sikker ikke-hormonell antikonsepsjon. CYP 3A4-hemmere som antimykotika av azolypen, cimetidin, verapamil, makrolider, diltiazem, antidepressiver og grapefruktjuice kan øke plasmanivået av dienogest. Nedsatt prevensjonseffekt er rapportert ved samtidig bruk av penicilliner eller tetracykliner. (I: G03A A/AB)

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Skal ikke brukes under graviditet. Hvis graviditet oppstår skal behandlingen avsluttes umiddelbart. Overgang i morsmelk: Kan skilles ut i mengder som kan påvirke barnet. Kan gi redusert mengde og endret sammensetning av morsmelken. Anbefales ikke under amming.

Bivirkninger: Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Gastrointestinale: Magesmerter inkl. abdominal oppblåsthet. Hud: Akne. Kjønnsorganer/bryst: Amenoré, brystmerter inkl. plager/smerter i brystvortene, dysmenoré, intrasykliske blødninger (metroragi inkl. uregelmessig menstruasjon). Neurologiske: Hodepine inkl. spenningshodepine. Øvrige: Vektøkning. Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $< 1/100$): Gastrointestinale: Diaré, kvalme, oppkast. Hjerte/kar: Hypertensjon, migrene med og uten aura. Hud: Alopeci, pruritus inkl. generalisert og utslettet preget, utslett inkl. makuløst. Infeksjoner: Soppinfeksjon, vaginal candidiasis, vaginal infeksjon. Kjønnsorganer/bryst: Forstørrede bryster, brysttumor, cervical dysplasi, dysfunksjonell uterin blødning, dyspareuni, fibrocystisk brystsykdom, menoragi, menstruasjonssykdom, ovariecyste, bekkenmerter, premenstruelt syndrom, uterin leiomyom, spasmer i uterus, utflod, vaginal tørrhet. Neurologiske: Svimmelhet. Psykiske: Depresjon/nedsatt stemningsleie, nedsatt libido, psykisk lidelse, humørsvingninger. Stoffskifte/ernæring: Økt appetitt. Øvrige: Irritabilitet, ødem, vektredning. Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $< 1/10000$): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Konstipasjon, dyspepsi, gastroøsofageal refluks. Hjerte/kar: Bløddende varicer, hetetokter, hypotensjon, venesmerter. Hud: Allergisk hudreaksjon inkl. allergisk dermatitt og urticaria, kloasme, dermatitt, hirsutisme, hypertrikose, nevrodematitt, pigmentforstyrrelser, seboré, hudlidelser inkl. stram hud. Infeksjoner: Candidiasis, Herpes simplex, antatt okular histoplasmose, tinea versicolor, urinveisinfeksjon, bakteriell vaginose, vulvovaginal mykose. Kjønnsorganer/bryst: Godartet brystneoplasme, brystcyste, blødning under samleie, galaktoré, genitalblødning, hypomenoré, forsinket menstruasjon, ruptur av ovariecyste, sviende følelse i vagina, uterin/vaginal blødning inkl. spotting, vaginal lukt, ubehag i vagina og vulva. Lever/galle: Forhøyet ALAT, fokal nodulær hyperplasi i lever. Muskel-skjelettsystemet: Ryggmerter, muskelspasmer, tungthetsfølelse. Neurologiske: Konsentrasjonsvansker, parese, vertigo. Psykiske: Affektabilitet, aggresjon, angst, dysfori, økt libido, nervøsitet, rastløshet, søvnforstyrrelser, stress. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon, hypertriglyseridemi. Øye: Intoleranse for kontaktlinser. Øvrige: Brystmerter, «fatigue», utilpasshet. Alvorlige bivirkninger er: Venøs og arteriell tromboembolisk sykdom, hypertensjon, lever tumor, kloasme, akutt eller kronisk leverfunksjonsforstyrrelse, induksjon eller forverring av symptomene på angioødem ved arvelig angioødem. Forekomst eller forverring av tilstander der årsakssammenheng med kombinasjons-p-piller er usikker: Crohns sykdom, ulcerøs kolitt, epilepsi, migrene, endometriose, uterin myom, porfyri, SLE, Herpes gestationis, Sydenhams chorea, hemolytisk uremisk syndrom, kolestatisk gulsott. I tillegg er det rapportert erythema nodosum, erythema multiforme, brystsekresjon og hypersensitivitet under behandling med andre kombinasjons-p-piller som inneholder etinyløstradiol. Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Kvalme, oppkast og, hos unge jenter, lett blødning fra skjeden. Behandling: Symptomatisk behandling. Intet spesifikt antidot. Se Giftnormasjonens anbefalinger G03A side 8.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjons-p-pille med østrogen- og progesteroneffekt. Virkningsmekanisme: Ovulasjonshemming, endringer i cervixsekretet og endometriet. Absorpsjon: Dienogest: Raskt og nesten fullstendig. T_{max}: 1 time (østradiolvalerat 2 mg, dienogest 3 mg). Absolutt biotilgjengelighet: Ca. 91%. Østradiol: Fullstendig, 3% av dosen er direkte biotilgjengeliggjort i form av østradiol. Østradiol gjennomgår omfattende «før pass»-metabolisme, og en betydelig del metaboliseres i tynntarmens mucosa. Ca. 95% metaboliseres før systemisk sirkulasjon. Maks. serumkonsentrasjon: 70,6 pg/ml nås 1,5-12 timer etter tablettinntak (3 mg østradiolvalerat dag 1). Proteinbinding: Dienogest: Ca. 90% uspesifikt til albumin. Østradiol: 38% til SHBG, 60% til albumin. Fordeling: Dienogest: Distribusjonsvolum: 46 liter etter i.v. administrering av 85 µg 3H-dienogest. Østradiolvalerat: Distribusjonsvolum ca. 1,2 liter/kg etter i.v. administrering. Halveringstid: Dienogest: Ca. 11 timer. «Steady state» nås etter 3 dager (dienogest 3 mg, østradiolvalerat 2 mg). Total clearance etter i.v. administrering av 3H-dienogest er 5,1 liter/time. Østradiol: Halveringstid: Ca. 90 minutter. Etter oral administrering 13-20 timer. Metabolisme: Dienogest: Nesten fullstendig via hydroksylering og konjugasjon, hovedsakelig via CYP 3A4. Østradiolvalerat: Hovedmetabolittene er østron, østronsulfat og østronlignende. Utskillelse: Dienogest: 86% via urin og feces etter 6 dager. Østradiol: Hovedsakelig via urin, ca. 10% via feces.

Andre opplysninger: Kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, inkl. biokjemiske parametre for lever-, skjoldkirtel-, binyre- og nyrefunksjon, plasmakonsentrasjon av (transport-) proteiner, f.eks. kortikosteroidbindende globulin og lipid/lipoprotein-fraksjoner, parametre for karbohydratmetabolisme og parametre for koagulasjon og fibrinolyse.

Pakninger og priser: 3 x 28 stk. (blister) kr 351,-. Varenummer: O28371.

Sist endret: 17.08.2009. For fullstendig preparatomtale (SPC), se www.legemiddelverket.no/spc

Tryggere bruk av p-piller

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

Ref. Statens Legemiddelverk

Referanser: 1) SPC. **2)** Oettel M et al. Drugs of Today Vol.31, No 7 1995, pp 517-536.

3) Ahrendt H-J et al. Contraception 2009; 80 (5):436-44

Drammensveien 147 B - N-0212 Oslo, Tlf: +47 2411 18 00 - www.bayerscheringpharma.no



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Qlaira® – den første p-pillen
som gir naturlig østrogen¹

Nyhet!



L.NO.04.2010.0048

Qlaira® inneholder

- østradiolvalerat som gir naturlig østrogen¹
- dienogest som har antiproliferativ og antiandrogen effekt²

Dynamisk dosering - 26 tabletter med hormoner/2 placebotabletter

Qlaira®

- kan gi kortere og lettere menstruasjoner³
- ca 20% opplever blødningsfrie perioder³



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Drammensveien 147 B · N-0212 Oslo
Tlf.: +47 24 11 18 00 · www.bayerscheringpharma.no