

Medlemsbladet 5

2012

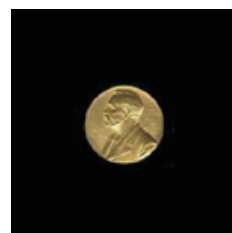
NR



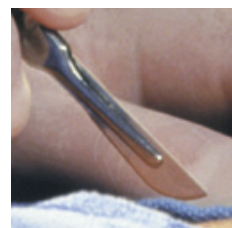
SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology



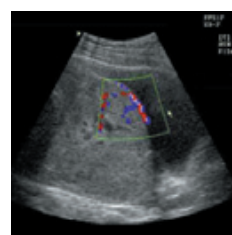
Läs om...



Årets
Nobelpristagare
i medicin



OGUs inslag om
"Ge kniven
vidare"



Merit Kullingers
ST-arbete om
placenta accreta

MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Anna Ackefors

Tel: 0155-24 50 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens till föreningen skall ställas till:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75

Jeanette Swartz. E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Platsannonser hemsidan: jeanette.swartz@sfog.se

SFOGs styrelse 2012:

Ordförande: Pia Teleman

Kvinnokliniken, Lunds Universitetssjukhus

221 85 Lund

Tel: 046-17 25 51

E-post: pia.teleman@sfog.se

Vice ordförande: Harald Almström

BB Stockholm

182 88 Stockholm

Tel: 0708-168 46 20

E-post: harald.almstrom@bbstockholm.se

Facklig sekreterare: Louise Thunell

Kvinnokliniken, Malmö Universitetssjukhus

205 02 Malmö

Tel: 040-33 21 61

E-post: louise.thunell@telia.com

Skattmästare: Sven-Eric Olsson

Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus

182 88 Stockholm

Tel: 08-655 56 08. Fax: 08-753 22 76

E-post: sven-eric.olsson@ds.se

Vetenskaplig sekreterare: Matts Olovsson

Kvinnokliniken, Akademiska Sjukhuset

751 85 Uppsala

Tel: 018-5611 57 61

E-post: matts.olvsson@kbh.uu.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Anna Ackefors

Nyköpings lasarett

611 85 Nyköping

Tel: 0155-24 50 00

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Utbildningssekreterare: Jan Brynhildsen

Kvinnokliniken, Linköpings Universitetssjukhus

581 85 Linköping

Tel: 013-22 20 00

E-post: jan.brynhildsen@lio.se

Ledamot/Webbmaster: Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

418 65 Göteborg

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

Ledamot: Anna Pohjanen

Kvinnosjukvården Norrbotten

Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

Tel: 0920-28 20 00. Fax: 092-28 32 90

E-post: anna.pohjanen@nll.se

Ledamot/Yngre representant: Malin Sundler

Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset Lund

225 85 Lund

Tel: 046-17 10 00

E-post: malin.sundler@skane.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära kollegor!

Så går mina två år som ordförande mot sitt slut. Det har varit en intensiv och givande tid med dels den kontinuerliga verksamheten, men också en hel del akuta uttryckningar och nya projekt.

Vår förening är en av de största specialitetsföreningarna med sina drygt 1940 medlemmar. Vår yngreförening OGU är mycket aktiv med eget nationellt möte, välbesökt trots besparingskrav på de flesta håll. Ett stort tack till er verksamhetschefer som låter era ST-läkare åka, förkovra sig och skaffa ett nätverk.

Vårt fundament är fortfarande utbildning och fortbildning. Vår utbildningsnämnd med utbildningssekreteraren i spetsen utformar den utbildningsplan som gäller för specialistutbildningen. Vi har det största utbudet i fortbildnings-sammanhang för specialister; ett jättearbete läggs ner av våra medlemmar för att ge dessa kurser och av utbildningssekreteraren Jan Brynhildsen och kansliet för att administrera kursplatserna. Kurserna söks också av ett stort antal ST-läkare som inte får sitt behov av specialistutbildning

tillgodosett via SK-kurserna. Vi försöker medverka till att utöka antalet kursplatser. Nu tar Socialstyrelsen över SK-kurserna från IPULS som lägger ner sin verksamhet till årsskiftet; i skrivande stund vet vi inte hur arrangemangen blir efter detta.

Specialistutbildningsinspektionerna, SPUR-verksamheten, lades över på IPULS bara för ett drygt år sedan. Den förnyelse som skedde gjordes internt med hjälp av konsulter och utan förankring hos specialitetsföreningarna som stod för sakkunskapen och erfarenheten. Detta i kombination med en mycket kraftig prishöjning för inspektionerna ledde till vilda protester. Nu kommer inspektionsverksamheten att organiseras av Läkarförbundet och Läkaresällskapet tillsammans med specialitetsföreningarna; mer information kommer så fort vi vet mer.

I fortbildningens anda kan man också säga att ARG-rapporterna ligger; medlemmarna sammanfattar kunskapsläget inom olika delar av vår omfattande specialitet och sätter ihop rapporter. Vår

I DETTA NUMMER

Maternella dödsfall i Sverige under år 2011	9
Nobelpristagare i Medicin	12
OGUs ordförande informerar	15
”Ge kniven vidare”	17
Behandlingstips mot ineffektiva möten!	18
Klådmottagning	21
Bördor att bära	23
Pionjärer och pensionärer	24
Placenta accreta – när ska den lämnas kvar?	30

ARGUS i samarbete med den vetenskapliga nämnden granskar och redigerar. ARGUS är även vetenskaplig sekreterare; detta pensum är stort varför nämnden nu är inrättad som stöd. Matts Olovsson som nu slutar som vetenskaplig sekreterare fortsätter att stötta i ARGUS-funktionen via sin plats i nämnden. Tack för det och för din insats under dessa två år! Nu är arbetet med SFOG-riktlinjer igång med ett par projekt och fler kommer igång. Dessa riktlinjer kommer att ligga på hemsidan; det kommer även olika PM och länkar till andra länders riktlinjer att göra.

Hemsidan i sin nya skepnad har planerats och tillkommit under 2011-12. Jag hoppas att ni har varit inne och surfat runt. Version 3.0 är klart moderniserad, layoutmässigt lugnare och förhoppningsvis logisk och lätt att orientera sig i. Ser ni fel eller saknar något, kontakta kansliet! Ett stort tack till vår webbansvarige Lars Ladfors och Jeanette Swartz på kansliet som lagt ner ett stort arbete på nya hemsidan!

Vi har en internationell förankring framför allt i NFOG dit en hel del av våra medlemsavgifter går. Där har vi vår nordiska tidskrift Acta och NFOG-kongress. Håll utkik efter den i Stockholm 10-12 juni 2014! Sök och åter sök anslag från NFOG fund för resor, gemensamma nordiska projekt etc. Se nfog.org för ansökningsdatum och regler. Vi deltar också i den europeiska organisationen EBCOG som är knuten till UEMS och EU. Även där utformas riktlinjer och förekommer utbildningsinsatser för ST-läkare, OGU är aktiva i yngreorganisationen ENTOG. I FIGOs executive board representeras Norden av Seija Grenman från Finland, NFOGs tidigare ordförande.

Vi gör vad vi kan för att delta i debatten i de frågor där vi kan tala för kvinnosjukvården. Tillsammans med Barnmorskeförbundet har vi fått in debattartiklar om den ojämlika subventionen av preventivmedel för tonåringar i Sverige. Vi har ett flertal gånger responderat när pillerlarm har dykt upp. Vi, eller mest jag som ordförande, blir ofta kontaktad av

media för att kommentera eller delta i olika sammanhang.

Under det senaste året har mest energi använts åt det så kallade "Cytotec-larmet". Media engagerar sig i Cytotec, magsårsmedlet som används i "fel" sammanhang och beskrivs som livsfarligt, med några års intervall, samtidigt i hela Norden. Man kan misstänka att storryn planteras samtidigt av ett väl organiserat abortmotstånd. Den svenska abortlagstiftningen är inte självklar, det måste vi ha klart för oss. En backlash är på väg över hela Europa, senast i Ungern. I Afrika är abort tillåten endast i ett par länder. Misoprostol säljs där över internet och räddar liv – en tidig abort med misoprostol är säkrare än en sen med vassa instrument! Misoprostol står på WHO:s lista över nödvändiga läkemedel, inte för magsårsbehandling, utan för att förhindra livshotande postpartumblödningar. Se gärna FIGOs hemsida för uppdaterade riktlinjer, producerade av bland andra Kristina Gemzell-Danielsson. Läkemedelsverket har precis publicerat ett dokument där man anger att misoprostol för induktion av förlossning är väl och omfattande dokumenterat. Man har dessutom testat tillförlitligheten i de spädningar av tabletter som görs på kvinnoklinikerna i Malmö och på Södersjukhuset och sett att man kan lita på att koncentrationen är konstant. Dock avslutar man med att "man bör" använda läkemedel som är registrerade för indikationen. Självklart kan inte Läkemedelsverket formulera sig på annat sätt. Resten av dokumentet är entydigt i att misoprostol är säkert och att spädningar kan användas. Vi hoppas på att kunna producera riktlinjer om förlossningsinduktion i Sverige. Vi vill inte heller tillbaka till tiden där alla kvinnor med missed abortion skulle sövas och skrapas. Nu kommer även ett registrerat kombinationsläkemedel med mifepristone och misoprostol för medicinsk abort, Medabon. Jag hoppas att SFOG fortsätter att arbeta för säkra aborter i Sverige och världen som en viktig väg mot mödrhälsa och står upp för att de läkemedel som har visad effekt kan användas. Leve den svenska abortlagen!

Naturligtvis innehåller vår specialitet många etiska frågeställningar. Inom området assisterad reproduktion är de många med "social freezing" av ägg och värdmödraskap som två heta ämnen. Fert-ARG och Etik-ARG diskuterar dessa och andra frågor. Angående värdmödraskap finns det ett dokument som bör kunna hittas på hemsidan.

Ytterligare ett hett ämne är bäckenbottensskador vid förlossning och då inte enbart sfinkterrupturer. Kunskapsbasen här växer hela tiden och SFOG ger kurser i suturering av förlossningsskador där även barnmorskor kan delta. Jag är stolt över att ha bidragit till att Projekt Säker Förlossningsvård, när det 2013 går in i fas två, innehåller en del om skador på kvinnan.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi fyller en viktig funktion för vår specialitet. Den borgar för en specialistutbildning jämbördig över landet. Medlemmarnas engagemang i AR-grupperna bidrar till att man, oberoende av om man arbetar på en universitetsklinik med det allra senaste på gång, ensam på en öppenvårdsmottagning eller på en mindre klinik ska kunna uppdatera sina kunskaper. Medlemmarnas arbete med att arrangera fortbildningskurser ger också möjlighet att hålla sig ajour. Föreningen är en etablerad samtalspartner för myndigheter och departement; man lyssnar faktiskt på vad vi har att säga. Vi är viktiga för kvinnosjukvården. Att arbeta i SFOG är också personligen givande; man får ett stort nätverk, får ta del i kreativa, konstruktiva och ibland helt skruvade diskussioner tillsammans med engagerade kollegor. Så när någon ringer och frågar om just du kan tänka dig att delta i styrelsearbetet under några år – säg JA!

Jag tackar för mig. Från nyår tar Harald Almström över rodret och styr med säker hand.

Eder snart fd ordförande
Pia Teleman
pia.teleman@sfog.se (fram till årsskiftet)



Kära kollegor!

Kära vänner!

Sist jag skrev i medlemsbladet var det vår och sommaren stod för dörren. Nu är det grått, regnigt och plus två grader.....

Det är intensiva tider på utbildningsfronten. Som flertalet känner till är IPULS under avveckling och med dem den hittills rådande strukturen för SPUR-inspektioner. Ännu har vi inte fått besked om hur och i vilken organisation inspektionerna kommer att skötas framöver. Sannolikt får vi vänta till efter årsskiftet innan vi får besked. IPULS andra huvuddel, kurserna, kommer socialstyrelsen framöver att ansvara för. Redan innan IPULS avveckling hade man startat ett projekt för att inventera behovet av kurser och försöka få till stånd ett kursutbud som motsvarar det faktiska behovet. Detta arbete fortgår och när ni läser detta har SFOGs utbildningsnämnd haft en träff med företrädare för kursprogrammet för att diskutera kurserna och få till stånd ett adekvat utbud av SK-kurser. Egentligen kan man tycka att det borde vara en självklarhet att myndigheter, huvudmän ger stöd för att uppfylla de krav (läs kurser) man själva ställer på en blivande specialist.

I väntan på att detta sker, det kan nog komma att ta sin tid innan vi når detta mål, får vi som tidigare till största del förlita oss till SFOGs eget kursutbud. Tyvärr täcker inte utbudet på långa vägar det behov som finns. Det väcker mycket frustration hos framför allt ST-läkare när man inte får plats på sökta kurser och känner

oro för om man ska kunna uppfylla målen för specialistkompetens i rimlig tid. Jag vill dock påminna er alla om att SFOG-kurserna helt vilar på AR-gruppernas och enskilda personers intresse och vilja att dela med sig av sina kunskaper. Det är till allra största delen rent ideellt arbete och det är mycket arbete som läggs ner! Vi får inte glömma det! Stort tack till alla kursgivare och stort tack till alla som hörsammat vår vädjan om fler kurser! Jag vill samtidigt också passa på att uppmana flera att försöka att anordna kurser för ST-läkare lokalt och regionalt. Även denna typ av kurser kan godkännas för ST-läkare.

En ny specialitetsindelning har föreslagits. Den tidigare hårt kritiserade indelningen där många kirurgiska och internmedicinska specialiteter varit grenspecialiteter till kirurgi respektive medicin kommer att ändras. Istället kommer de framöver att åter bli egna specialiteter (ex urologi, gastroenterologi, hematologi etc) men med en definierad gemensam bas i ST. Detta är inget som direkt rör vår specialitet. Vad som däremot rör obstetrik & gynekologi är att gynekologisk onkologi kommer att bli en tilläggspecialitet istället för att som tidigare vara en grenspecialitet till onkologi. Detta innebär att man med onkologi eller obstetrik & gynekologi som bas sedan kan bli gynekologisk onkolog. Detta är en önskvärd förändring som ökar möjligheterna att knyta vår specialitet närmare gynonkologin vilket rimligtvis

borde bidra till ett bättre samarbete. I samband med detta görs också en översyn över målen för ST och samtliga specialitetsföreningar har ombetts att komma med synpunkter på gällande mål och tillhörande krav. Styrelsen har tillsammans med OGU lämnat synpunkter som bland annat rör just kraven på kurser och kursutbud

Läkarförbundet har ett nätverk för fortbildningsfrågor där olika specialitetsföreningar är representerade. Vid det senaste mötet diskuterades, förutom SPUR, hur man ska kunna kvalitetssäkra fortbildningen i framtiden. Läkarförbundet jobbar nu på en modell som liknar SPUR-inspektionerna med självvärderingar och platsbesök. Formulär håller på att tas fram. Tanken är att denna typ av inspektion, kvalitetssäkring, ska kunna genomföras samtidigt med SPUR-inspektionerna. I mina ögon känns detta som ett bra initiativ, en tilltalande och smidig lösning. Vi får säkert anledning att ta upp detta igen.

Som ni märker är det en hel del på gång. Förhoppningsvis börjar det komma tydligare besked under 2013. Jag återkommer till denna fråga i medlemsblad nummer 3 2013!

Många hälsningar från Er utbildningssekreterare och God jul!

Jan Brynhildsen

REDAKTÖRENS RUTA

Kära läsare

Som redaktör känner jag mig som en periodare. Under veckan efter manusstopp är det febril aktivitet och jag korrekturläser morgon, middag och kväll. Tänk att de flesta av oss producerar som bäst med kniven på strupen. Jag skulle gärna fördela mitt arbete, som sköts på fritiden, mer jämnt över året men då måste era bidrag komma in efterhand. Jag har genom att kopiera en pressrelease "skrivit" en artikel om årets nobelpristagare i medicin. Jag vill gärna också slå ett slag för artikeln i DN om årets ekonomipristagare, lätt att begripa och intressant. "Ekonomipriset till Alfred Nobels minne tilldelas Alvin E Roth och Lloyd S Shapley för deras teorier om att para ihop olika aktörer på bästa sätt. "Nu kommer nog mina studenter att vara mer uppmärksamma", säger Roth i en första kommentar. "För er som är inbjudna och för oss som skålar i champagne framför TV'n den 10:de december, låt oss få en minnesvärd kväll. Jag vill även som hängivet Tolkienfan påminna alla om "The Hobbit: An Unexpected Journey" som kommer på bio i december och del två "The Hobbit: There and Back Again," som släpps december 2013. That will be two nights to remember!!

Er redaktör
Anna Ackefors

Följande tider gäller för medlemsbladet 2013:

Nr	Deadline	Utkommer
1	14 januari	Vecka 7, 11 feb
2	11 mars	Vecka 15, 8 april
3	6 maj	Vecka 23, 3 juni
4	16 september	Vecka 42, 14 okt
5	4 november	Vecka 49, 2 dec

Manus skickas via mail till:

Redaktör Anna Ackefors

E-post: anna.ackefors@sfog.se

Kvinnokliniken Nyköping • 611 85 Nyköping

Telefon: 0155-24 50 00 sök via vx alt direkt 0155-24 50 80

Adressändring skall göras till:

SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55 • 111 21 Stockholm
eller kansliet@sfog.se

Nya medlemmar

Hrund Thorhallsdottir, Hisings Backa

Karin Lindén, Stockholm

Michelle Ek, Stockholm

Kasper Hugod, Västervik

Heiddis Valgeirsdottir, Uppsala

Andreas Vikholm, Falun

Erik Ahlgren, Stockholm

Ida Bergman, Kalmar

Emma Öberg, Stockholm

Sara Sylvé, Uppsala

Lisa Andersson, Östersund

Bitu Eshraghi, Stockholm

Emma Holmbom, Skellefteå

Zsolt Kormanyos, Forsa

Jessica Hamrén, Huddinge

Zilola Karimova, Värnamo

Abir Salim, Hudiksvall

Elin Nissilä Källström, Hudiksvall

Emma Aronsson, Malmö

Sofia Olsson, Halltorp

Anna Marklund, Saltsjöbaden

Erik Farm, Rosersberg

Champagnemingel på Nya Zeeländska ambassaden i Rom i samband med FIGOs möte

Från vänster: Lars Ladfors, webmaster SFOG, Sven Eric Olsson, skattmästare SFOG, Kenneth Clark med fru samt ACOG:s ordförande James T. Breeden, och hans hustru MEG.



RÄTTELSE

Tyvärr kom fel redogörelse med i Medlemsblad nr 4. Här är den rätta.

Redogörelse från Endokrin-ARG 2012

*Ordförande: Angelica Lindén Hirschberg
Sekreterare: Eva Innala*

Möten och verksamhet:

Under det gångna verksamhetsåret har Endokrin-ARG inriktat sig på ett nytt intresseområde, nämligen thyreoidea-sjukdom under graviditet. Nya internationella riktlinjer har kommit och det har framkommit behov av att samordna de olika nationella PM som finns. Endokrin-ARG hade ett möte i november 2011 på Svenska Läkaresällskapet i Stockholm då ca 15 deltagare kom. Inbjudna föreläsare var Birgitta Norstedt Wikner, Klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset som pratade om ”Läkemedel under graviditet med fokus på substitutionsbehandling av hypothyreos” samt Lottie Skjöldebrand, Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus som pratade om ”Betydelsen

av thyreoideafunktion under graviditet”. En livlig diskussion uppkom om thyreoideascreeing i tidig graviditet samt indikationer för Levaxinbehandling. Vi beslutade att göra en inventering i landet över de PM som finns om rekommenderad handläggning.

I mars i år hade Endokrin-Arg ett nytt möte på Läkaresällskapet med ca 15 deltagare. Michaela Granfors, Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala hade en mycket intressant genomgång av de 29 befintliga PM i landet om hypothyreos och graviditet. Det visade sig att det föreligger en stor variation när det gäller riktlinjer för screening och behandling.

Endokrin-ARG hade ett möte i början av juni i år som fortsatte på temat thyreoidea och graviditet. Inbjuden föreläsare var professor Anders Karlsson,

Endokrinologen, Akademiska sjukhuset som pratade om ämnet ur endokrinologens perspektiv. Endokrin-Arg har nu fått i uppdrag av SFOG att arbeta fram en nationell riktlinje om hypothyreos och graviditet. Detta arbete kommer att inledas i samverkan med representanter från MÖL-gruppen och andra intressenter.

Endokrin-ARG har vidare tagit på sig ansvaret att anordna en SK-kurs i gynekologisk endokrinologi som kommer att hållas i Stockholm under nästa vår.

Efter fem år som ordförande i Endokrin-ARG avtackades Angelica Lindén Hirschberg vid mötet i juni. Till ny ordförande valdes Alkistis Skalkidou, Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset som nu tar över rodret för den fortsatta verksamheten. ■

Maternella dödsfall i Sverige under år 2011

Arbetsgruppen för Mödrarmortalitet rapporterar här fem fall av mödradödsfall som inträffade 2011 och som kommit till gruppen för analys. Fallen presenterades vid en postersession under SFOG-veckan i Kristianstad. Arbetsgruppen tycker inte att redovisning i posterform är ett särskilt lämpligt sätt att presentera mödradödsfall. Vid tidigare muntliga redovisningar har diskussionen och inläggen från kollegor varit väldigt givande. Vi har därför framfört en önskan till SFOGs styrelse att en muntlig redovisning av mödradödsfall ska vara en fast punkt under SFOG-veckan.

Lite påminnelser: fall av maternella dödsfall som kommer till er/klinikens kännedom ska skickas in till Jeanette Swartz på SFOGs kansli. Handlingarna behöver inte vara avidentifierade och anhöriga behöver inte tillfrågas. Det är viktigt att alla handlingar skickas in, det vill säga löpande journaltext, MHV/FV-kopior, lablistor, eventuell journal från IVA eller annan klinik, obduktionsprotokoll, eventuell händelseanalys mm. Ett bättre underlag ger en bättre och rikigare analys!

Av de fem fallen under 2011 inträffade ett i tidig graviditet, ett i sen graviditet och ett dagen efter snitt. Två fall var "sena", dvs. inträffade senare än 42 dagar post partum men bedöms av gruppen som associerade/förvärrade av graviditeten. Båda dessa fall var suicid, vilket understryker hur viktigt vårt samarbete med psykiatri är. I vissa delar av landet, men inte alla, har man bildat samverksansgrupper mellan mödra- och barnavård, psykiatri och socialtjänsten där man regelbundet träffas för att både utveckla samarbetet och för att diskutera enskilda patientärenden. Här finns möjlighet att lära av varandra!

Fall 1

29 årig 1-para med BMI 37. Hon hade haft en djup ventrombos 2006 och var enligt utredning heterozygot APC-resistent. Under första graviditeten gavs trombosprofylax. Nu diagnostiserades en djup ventrombos i graviditetsvecka 6. Kvinnan behandlades med Innohep 18 000 IE x 1 sc och behandlingen kontrollerades med anti faktor Xa. Efter 4 veckor sänktes dosen till 10 000 IE x 1. En vecka senare insjuknar kvinnan i sannolik lungemboli med uttalad högersvikt. Hon behandlas med Heparininfusion, initialt på hjärtavdelning. Drygt två dygn efter inläggning sker en försämring som följs av cirkulationsstillestånd. Anhöriga medgav ej obduktion, men kliniskt bedöms det sannolikt att förnyad embolisering inträffat, d v s dödsorsaken var direkt obstetrisk.

Kommentar: Gravida behöver 25-30% högre dos vid trombosbehandling jämfört med icke-gravida. Denna kvinna vägde 108 kg och behövde 27 000 enheter (125 Edh/kg x 2), vilket är lämpligt att dosera två ggr per dygn. Vid behandling av gravida styrs doseringen även av Anti-fXa bestämningar - erfarenhet av endos är dock liten. Sänkning av behandlingsdos till högdosprofylax bör ske i samråd med expert i hemostas och graviditet. Det är också viktigt att överväga trombolys vid cirkulationspåverkan. Var hjärtavdelning (och inte IVA) rätt vårdnivå?

Fall 2

23 årig förstföderska med BMI 26, och anamnes med åstörningar. Under graviditeten var kvinnan nära att svimma ett par gånger och i mödravårdsjournalen fanns anteckningar om smärtor i rygg/bäcken och epigastralgi. Vid 38 fulla graviditetsveckor telefonkontakt med

förlossningen pga. mensvärk. Dagen efter hittas hon död i hemmet. Obduktion visar hjärtmuskelsjukdom med omfattande bindvävsnybildning. Dödsorsaken bedöms som indirekt obstetrisk.

Kommentar: Här vet vi inte om något av patientens symptom var associerade till dödsfallet, men om så skulle vara visar det på hur svårt det är att skilja "normala" graviditetsbesvär från patologi.

Fall 3

40 årig förstföderska med ryggskada, astma, depression och UVI i anamnesen. Nu IVF-graviditet. Under graviditeten mycket sängliggande. Vid graviditetsvecka 36 debut av preeklampsi och med detta som indikation påbörjas induktion av förlossning vid 38 fulla veckor. När cervix är öppen 6-7 cm avslutas förlossningen med kejsarsnitt på grund av hotande fosterasfyxi. Cirka 12 timmar efter snittet mår kvinnan sämre, blir tungandad, får stigande blodtryck med systoliska värden på 180-190. Labmässigt ses en bild av HELLP. Under flytt till IVA sjunker kvinnan i medvetande. Man diagnostiserar en massiv intrakraniell blödning som får ett fatalt förlopp. Misstanke om cerebral kärllmissbildning vid operation. Här är dödsorsaken direkt obstetrisk i form av en komplikation till preeklampsi.

Kommentar: Denna patient hade ganska påtagliga subjektiva symptom både före och efter förlossningen, tidvis i kombination med systoliska tryck över 160. Behandlingen och monitoreringen av blodtrycket förefaller totalt sett passiv. Det är viktigt att överväga flytt till IVA innan patienten är för sjuk, för bättre övervakning och aktivare behandling. Under åren har MM-ARG analyserat flera liknande fall. Det är MYCKET viktigt med aktiv behandling och monitorering

av höga systoliska blodtryck – eftersträva ett målblodtryck 150/90-100.

Fall 4

39 årig 1-para med bipolär sjukdom typ 2. Efter första förlossningen gjorde kvinnan ett suicidförsök med hängning. Under aktuell graviditet hade hon täta besök hos barnmorska och läkare inom MHV och en noggrann vårdplanering gjordes. Hon hade också kontakt med kurator inom psykiatri, men var inte bedömd av psykiater under graviditeten och vårdplan från psykiatri saknades. Förlossningen var långdragen och avslutades med kejsarsnitt. Kvinnan bedöms psykiskt stabil vid hemgång, har ingen läkemedelsbehandling och får tid till psykiatrisk mottagning inom en månad. Åtta månader efter förlossningen suiciderar hon genom hängning. Fallet klassificeras som sen indirekt maternell död.

Kommentar: Det är viktigt att kvinnor med tidigare allvarlig psykiatrisk sjukdom fångas upp inom mödrahälsovården och lika viktigt är att man planerar noga

för uppföljning efter förlossningen. Vårdplaneringen bör göras i samråd med psykiatri. Tidigare suicidförsök är en mycket stark riskfaktor!

Fall 5

1-para med generaliserat ångestsyndrom i anamnesen. Hon hade kontakt inom psykiatri men detta fanns inte noterat i MHV-journalen. Nu vaginal förlossning i fullgången tid. Drygt 2 månader postpartum hade kvinnan samtalskontakt i psykiatrisk öppenvård på grund av ångest och livsleda. På grund av försämring med suicidplaner hjälps hon till akutbesök hos psykiatriker. Patienten bedöms inte behöva inläggning utan hänvisas till primärvård för mediciner. Två veckor senare suiciderar hon. Psykiatrikerbedömningen finns inte tillgänglig vid MM-ARGs analys. Även detta är ett sent indirekt obstetriskt dödsfall.

Kommentar: Liksom med förra fallet är det viktigt att uppmärksamma gravida kvinnor med psykisk sjukdom/skörhet. Under graviditet (och postpartumperio-

den) är en riskfaktor för depression och obehandlad kan risken för suicid vara förhöjd. Så mycket som 25% av den totala dödligheten bland kvinnor 25-34 år i Sverige utgörs av suicid (Dödsorsaksregistret 2008)!

Alltså, igen, en hälsning från MM-ARG: Var aktiva med att behandla och följa högt systoliskt blodtryck hos gravida!

Se till att gravida kvinnor med anamnes på psykisk sjukdom får adekvat bedömning och uppföljning!

Arbetsgruppen för Mödradödlighet

Referenser

O'Keane V, Marsh, M S. Depression during pregnancy BMJ 2007;334:1003-5

Stewart, D E. Depression during Pregnancy. N Eng J Med 2011;365:1605-11. ■

ÅRSAVGIFTER

Medlemsavgift SFOG	800:-
Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär, fr o m det år man fyller 66 år)	200:-
ARG-rapportabonnemang* (medlemmar)	400:-

* Avdragsgill i deklARATIONEN

Avgifter för icke-medlemmar

Prenumeration Medlemsbladet 5 nr/år	500:- (inkl. moms)
ARG-rapportabonnemang	250:-/rapport (exkl. moms)

Nobelpristagare i Medicin

John B. Gurdon och Shinya Yamanaka

får i år pris för upptäckten att mogna celler kan omprogrammeras till pluripotens

Årets Nobelpris belönar två forskare som upptäckt att mogna, specialiserade celler kan omprogrammeras till omogna celler som i sin tur kan utvecklas till kroppens alla vävnader. Detta har revolutionerat vår syn på cellers och organismers utveckling.

John B. Gurdon upptäckte år 1962 att cellers specialisering inte är oåterkallelig. I ett klassiskt experiment ersatte han cellkärnan i en grodas äggcell med cellkärnan från en mogen cell som hämtats från ett grodyngels tarm. Den modifierade äggcellen kunde ändå utvecklas till ett grodyngel. Den mogna cellkärnans DNA hade alltså bevarat all information som krävdes för att bilda alla slags celler i grodan.

Över 40 år senare, år 2006, upptäckte Shinya Yamanaka hur en intakt, specialiserad cell från en mus kunde återföras till att bli en omogen stamcell. Genom att föra in ett fåtal gener kunde han omprogrammera mogna celler till att bli pluripotenta stamceller, det vill säga omogna celler som kan utvecklas till alla slags celler i kroppen.

De två forskarnas banbrytande upptäckter har helt förändrat vår syn på cellers utveckling och specialisering i organismen. Vi förstår nu att den mogna cellen inte behöver vara för evigt fjättrad i sitt specialiserade tillstånd. Läroböcker har fått skrivas om, och nya forskningsfält har öppnats. Genom att vi idag även kan omprogrammera celler från männis-

ka har vi fått nya möjligheter att studera sjukdomar och utveckla metoder för diagnostik och behandling.

Livet – en resa mot ökad specialisering

Vi har alla utvecklats från befruktade äggceller. Under embryots första dagar består det av omogna celler som har potential att utvecklas till alla de celltyper som bygger upp den vuxna kroppen. Man säger att de är pluripotenta stamceller. Snart börjar dessa celler ge upphov till nervceller, muskelceller, leverceller och alla andra celltyper – var och en specialiserad att utföra en viss uppgift i kroppen. Resan från omogen till specialiserad cell ansågs tidigare vara oåterkallelig. Man antog att cellen under utmognaden förändrades på ett sådant sätt att en återgång till ett omoget, pluripotent tillstånd inte längre var möjligt.

Grodor hoppar bakåt i utvecklingen

John B. Gurdon ifrågasatte tesen att den specialiserade cellen skulle ha förändrats på ett oåterkalleligt sätt. Han undrade om dess arvs massa ändå inte bibehöllit den information som krävs för att driva utvecklingen av alla de celltyper som bygger upp en individ. År 1962 testade han sin hypotes i ett experiment där han ersatte cellkärnan i en grodas äggcell med cellkärnan från en mogen, specialiserad tarmcell som tagits från ett grodyngel. Ägget kunde ändå utvecklas till ett fullt funktionsdugligt grodyngel. I senare experi-

ment lyckades han även framställa klonade vuxna grodor. Den mogna cellens kärna hade alltså inte förlorat förmågan att styra utvecklingen till en fullt funktionsduglig organism.

Gurdons banbrytande upptäckt möttes till en början med skepsis men kunde bekräftas av andra forskare, och så småningom blev hans hypotes accepterad av forskarsamhället. Detta ledde till intensiv forskning där man bland annat vidareutvecklade tekniken så att även däggdjur kunnat klonas.

Gurdons forskning har lärt oss att en cellkärna från den mogna, specialiserade cellen kan återföras till ett omoget, pluripotent tillstånd. Men hans experiment innebar att man plockade ut cellkärnor med pipetter och förde in dem i andra celler. Skulle det någonsin bli möjligt att backa en intakt cell till pluripotent stamcell?

Tur och retur – mogna celler backar till stamceller

Drygt 40 år efter Gurdons upptäckt gjorde Shinya Yamanaka ett vetenskapligt genombrott som besvarade denna fråga. Han studerade embryonala stamceller, alltså pluripotenta celler som isolerats från embryot och odlades i laboratoriet. Sådana stamceller hade ursprungligen isolerats från möss av Martin Evans (Nobelpris 2007) och Yamanaka försökte hitta de gener som höll dem omogna. När en rad sådana gener identifierats bestämde han sig för att utröna om några

av dem skulle kunna få mogna celler att återgå till att bli pluripotenta stamceller.

Yamanaka och hans medarbetare förde in olika kombinationer av dessa gener i mogna bindvävsceller och undersökte i mikroskopet om de förändrades av behandlingen. Till slut hittade forskarna en kombination som fungerade, och receptet var oväntat enkelt. Det räckte med endast fyra gener för att bindvävscellerna skulle backa i utvecklingen och omvandlas till omogna stamceller! Dessa så kallade inducerat pluripotenta stamceller (iPS-celler) kunde sedan utvecklas till en rad olika celltyper, som till exempel bindvävsceller, nervceller och tarmceller. Upptäckten att intakta celler kan omprogrammeras till pluripotenta stamceller publicerades 2006 och fick omgående stort genomslag i den vetenskapliga världen.

Från oväntade upptäckter till medicinsk nytta

Gurdons och Yamanakas upptäckter har visat att specialiserade celler under vissa förhållanden kan byta färdriktning. De förändringar som deras arvsmassa genomgår under den normala utvecklingen är inte oåterkalleliga. Vi har fått en ny bild av cellers och organismers utveckling.

Den fortsatta forskningen har visat att iPS-celler kan ge upphov till alla de olika

celltyper som bygger upp kroppen. Upptäckterna har också skänkt forskningen nya verktyg som idag används i laboratorier över hela världen, och de har lett till en intensiv utveckling inom många medicinska områden. iPS-celler kan numera framställas även från människa. Till exempel kan forskare ta hudceller från patienter med olika sjukdomar, omprogrammera dem, och undersöka hur de skiljer sig från friska individers celler. Vi har fått ovärderliga redskap för att öka kunskapen om sjukdomar och nya möjligheter att utveckla behandlingsmetoder.

Sir John B. Gurdon är född 1933 i Dippenhall, Storbritannien. Han erhöll sin doktorsgrad 1960 vid universitetet i Oxford och var postdoktorsforskare vid California Institute of Technology i Pasadena, USA. Sedan 1972 har Gurdon varit knuten till universitetet i Cambridge där han bland annat varit professor i cellbiologi och master för Magdalene College. Han är numera verksam vid The Gurdon Institute i Cambridge.

Shinya Yamanaka är född 1962 i Osaka, Japan. Han avlade läkarexamen 1987 vid universitetet i Kobe och utbildade sig till ortopedkirurg, innan han gick över till grundforskning. Yamanaka doktorerade 1993 vid Osaka City University och var därefter verksam vid

Gladstone Institutes i San Francisco, USA och Nara Institute of Science and Technology i Nara, Japan. Idag är Yamanaka professor vid Kyoto-universitetet där han leder Centrum för iPS-forskning och användning. Han är även verksam vid Gladstone Institutes som s.k. senior forskare.

Nyckelpublikationer:

Gurdon, J.B. (1962). The developmental capacity of nuclei taken from intestinal epithelium cells of feeding tadpoles. *Journal of Embryology and Experimental Morphology* 10:622-640.

Takahashi, K., Yamanaka, S. (2006). Induction of pluripotent stem cells from mouse embryonic and adult fibroblast cultures by defined factors. *Cell* 126:663-676.

Taget från pressreleasen av
Anna Ackefors, redaktör





OGUs ordförande informerar

Hej kära medlemmar!

Hoppas ni alla överlever den här mörka årstiden genom att tända många ljus, lussekattsbak, luciatåg och annat mysigt som hör tiden till. Jag tycker själv det är en härlig upptrappning av myps fram till nyår - sen blir något av antiklimax i januari och februari. Men nu är det inte årstider jag ska skriva om utan vad vi i OGU:s styrelse hittar på för att förhoppningsvis förbättra er vardag.

I utbildningsnämnden arbetar man med den nya utbildningsboken. Den kommer att vara anpassad till nya ST och finnas elektroniskt. För att förbättra kontakten mellan studierektorerna inom Ob/Gyn i landet har utbildningsnämnden föreslagit att de startar en egen intressegrupp inom SFOG. Vi i OGU ställer oss mycket positiva till detta och hoppas på en bättre och mer tillgänglig dialog med studierektorerna ute i landet.

Ni har väl inte missat vår annons om OGU-dagarna i Östersund 2013!! Nytt för i år är att det blir en godkänd kurs enligt Socialstyrelsens krav. Temat för i

år är graviditet och interkurrenta sjukdomar, och kursen avser delmål 2. Vi hoppas på att få träffa så många som möjligt av er. Ni kommer inte bli besvikna!! Våra trevliga kollegor i Östersund har dessutom förberett möjligheten att komma upp ett par dagar tidigare för att tillsammans få uppleva fjällliv med skidåkning och allt därtill till ett mycket förmånligt pris.

OGU arbetar även med delar av programmet till SFOG-veckan 2013. Även här är planen att få till en godkänd kurs med kursintyg. Nytt för 2013 blir en monter där ni får träffa oss. Vi kommer finnas där för frågor och diskussioner om vårt arbete, resultaten från OGU-enkäten eller bara lite chit chat.

Inför våren planeras ENTOG-utbytet, denna gång i Bratislava i maj 2013. Du som känner dig trött på vardagen och sugen på lite nya influenser ska absolut ta chansen och höra av dig till oss så hjälper vi dig vidare. Vi ansöker om ett stipendium på 10000 kr åt dig, vilket tack-

er större delen av kostnaderna. För mer info var god se vår annons.

Återigen vill jag påminna er om att gå in och gilla OGU på Facebook. Vi skickar ut information där och finns tillgängliga för dialog vid behov.

Sist men absolut inte minst vill jag informera er om att vi nu påbörjat arbetet med vår kampanj: "Ge kniven vidare". Karin Hallstedt informerar mer om detta separat. Det är med stor entusiasm vi ser fram emot att sprida ett koncept för en välfungerande kirurgisk utbildning av blivande gynekologer och obstetriker. Här hoppas vi på ett gott samarbete med er för att det ska få så stort genomslag som möjligt! Om förberedelserna går enligt planen kommer vi kunna starta kampanjen i samband med OGU-dagarna 2013. Nu håller vi tummarna för det.

Sköt om er och ha en riktigt härlig Jul!

Varma Hälsningar
Malin Sundler
OGU ordförande

”Ge kniven vidare”

Den danska motsvarigheten till OGU, FYGO, Føringen af Yngre Gynækologer og Obstetrikere, genomförde under 2011 en kampanjen ”Giv kniven videre” på kvinnokliniker i hela Danmark. Kampanjen syftade till att förbättra den kirurgiska utbildningen för ST-läkare inom vår specialitet.

Utbildningssystemet för ST-läkare i Danmark skiljer sig från vårt svenska system. Man har ett fast antal tjänster för ST-läkare i landet och dessa tillsätts två gånger per år i ett regionalt ansöknings-system. Utbildningen är sedan uppdelad med tjänstgöring på både mindre sjukhus och universitetssjukhus för alla. Man har tio grundkurser som ordnas nationellt, vilka är obligatoriska. Vår specialitet är populär och man kan behöva vänta länge för att få en tjänst och utan tjänst som utbildningsläkare kan du inte bli specialist. Tidigare har dock väntan varit ännu längre vilket medfört att ST-läkarna i gynekologi och obstetrik har haft större erfarenhet när de påbörjat sin tjänstgöring, bl a mer grundläggande kirurgiska färdigheter.

Man har i Danmark noterat att ST-läkarna har blivit yngre och även mer oerfarna och att man behöver ta ett större ansvar för den basala kirurgiska träningen under ST. Eftersom detta större behov av träning dessutom sammanfaller med förväntade stora pensionsavgångar som lämnar ett förmodat kompetensglapp efter sig har man upplevt tidspress avseende kompetensutvecklingen. För att säkerställa tillgång på framtida kompetenta kirurger inom vår specialitet är det dags att fokusera på kirurgisk träning inom utbildningen! Därför samlade FYGO in goda exempel från landet på hur olika kliniker har gjort för att förbättra den kirurgiska inlärningen bland ST-läkare och genomförde sedan kampanjen ”Giv kniven videre” där man uppmanade alla kvinnokliniker att under 6 månader fokusera på att operationerna i möjligaste mån skulle användas som

Karin Hallstedt

Internationell representant i OGU:s styrelse
ST läkare Skånes Universitetssjukhus Lund
karin.hallstedt@gmail.com

utbildningstillfällen och helt eller delvis utföras av utbildningsläkare. Man bokförde antal operationer utförda på kliniken och antalet utförda av ST-läkare och genomförde en nationell tävling.

I Sverige har vi kanske inte riktigt samma bakgrund, men på många håll samma problem som våra danska kollegor. Vi är många ST-läkare som upplever att den kirurgiska träningen går trögt och att det är svårt att komma till på operation. Även om vi inte alla skall bli operatörer när vi blir specialister, så har vi ändå alla behov av att uppnå våra delmål för att nå specialistkompetens. Dessutom är det ju även fördelaktigt för kliniken där vi arbetar att vi så snabbt som möjligt uppnår självständighet inom de akuta ingreppen och erfarenhet av de större och mer komplicerade operationerna.

Så vad kan vi göra? Hur kan vi förbättra utbildningen? Ansvaret vilar både på utbildaren och den som skall utbildas, både på person och struktur. Förbättringar kan ske på många plan samtidigt.

Strukturellt ses stora fördelar om man som ST-läkare schemaläggs under längre tid bara på operation. Tänk er att under 5 veckor bara vara på operation och under den tiden kanske ha 4-5 operationer dagligen. Då har ST-läkaren vid placeringens slut varit med på minst 100 operationer. Om hälften av dem har ST-läkaren

som huvudoperatör har vi kommit en bra bit på väg. Om sedan operationerna var planerade så att flera typingrepp kom efter varandra, vilken dröm! Det är lättare att bli självständig på ett ingrepp om man får göra fem samma dag eller vecka jämfört med ett i februari, två i mars och sen två i november. Involvera ST-läkare i operationsplaneringen, bestäm på förhand om operationen är lämplig med ST-läkare som huvud- eller assisterande operatör. Låt inte öppna benigna operationer utföras utan ST-läkare i salen!

Vad kan vi som ST-läkare göra? Se till att du känner dig förtrolig med knytteteknik, suturmaterial och instrument, att du är påläst om ingreppet som skall göras och patienten som skall opereras. Se till att du träffat patienten, helst själv skrivit in henne och informerat henne om ingreppet. Fundera kring din kompetens inom området och dina begränsningar. Upplys din medoperatör om din erfarenhet och gör tillsammans med denne en plan för vad du skall göra under op. Ta initiativ till utvärdering av din kirurgiska teknik direkt efter operationen.

Vad kan du som handledande opererande kollega göra? Först och främst; ge ifrån dig kniven! Lär din kollega det du är bra på. Sätt dig in i vad denne kan och vill göra. Lägg upp en plan för vem som skall göra vad. Diskutera ingreppet medan ni tvättar er. Använd utbildningspotentialen vid alla operationer. Glöm inte bort att kejsarsnittet, den vanligaste öppna operation som utbildningsläkare utför, kan användas för att träna basal kirurgisk teknik. Utvärdera din yngre kollegas insats direkt efter operationen.

Vi inom OGU vet att det på många

håll i landet fungerar väl och att många kliniker har satt utbildning i fokus även på operationsavdelningen. Vi vill gärna samla in dessa goda exempel så att vi alla kan få ta del av dem och implementera dem på vår egen klinik.

Inspirerade av FYGO planerar nu OGU att genomföra en liknande kampanj i Sverige under 2013. Vi hoppas att

ni är intresserade och inspirerade. Vi kommer att behöva kontaktpersoner på alla kvinnokliniker runt om i landet både ST-läkare och specialister. Så om du är intresserad maila gärna mig eller någon annan i OGU-styrelsen. Håll utkik i Medlemsbladet och på hemsidan för mer information. ■

Behandlingstips mot ineffektiva möten!

Vartannat år organiseras en övergripande nationell kongress i Malmö för ST-läkare. Här erbjuds föreläsningar, workshops och godkända kurser inom de allmänna delmålen (organisation, kommunikation och ledarskap samt medicinsk vetenskap). När det gäller dessa generella delmål är det lätt att tycka att det är lägre prioriterat än övriga specialitetsanpassade delmål. Kanske för att dessa ämnen också har lägre prioritet under utbildningen och vi känner oss osäkra på vår egen roll. Hur mycket vet vi egentligen om sjukhusorganisationer, politiskt styre, hur beslut och kommunikation sker mellan olika instanser. Vilken är läkarens plats i detta? Vi vill ju ta hand om våra patienter och driva forskningen framåt, kanske inte så mycket mer. Men samtidigt är vi ju engagerade i vår vardag. Ständiga besparingskrav påverkar vår arbetsmiljö och våra arbetssätt. Därför är det av största vikt att vi ser till att vara med i beslutsprocesser. Att vi inte smyger undan utan också tar ansvar. Vi läkare behövs som ledare för att förbättra vår arbetsmiljö och se till att driva utvecklingen i den riktning vi önskar.

Ett första steg kan vara att visa sitt engagemang genom att ansvara för någon del eller process på kliniken. Detta lämpar sig väl som kvalitetsarbete inom ramen för nya ST. Ofta får man då möjligheten att leda och påverka i en mindre grupp. För att det ska hända något behövs möten. Men har vi tid med det? Möten kan kännas tidskrävande, ineffektiva och suga energi. Hur ska man göra för att ett möte ska bli mer effektivt? Jonas Roth på Move management som är disputerad på ledarskap höll en fantastisk inspirerande work shop om detta på Framtidens specialistläkare 2012.

Hur genomför man ett möte som skapar engagemang och resultat?

Se till att gå till mötet förberedd. Om du bär med dig något som kan distrahera skall du försöka göra dig av med det innan mötet. Det kan vara så enkelt att det räcker med att skriva ner det på en lapp för senare årgård.

Var sitter personerna? Det kan vara nyttigt att byta plats. Positionen i rummet kan påverka hur man tänker. I en

tyst grupp kan man pröva en omplacering av deltagarna för att förbättra kommunikationen. Se till att alla sitter runt bordet/ mötesplatsen och ingen är utanför. Om man håller sig utanför kan det vara för att slippa vara delaktig.

Börja mötet med att alla får uppge varför man är där och vad man vill bidra med. Kanske finns det personer som känner sig överflödiga och kan lämna mötet utan att det påverkar processen. Man ska inte bara sitta av tid. Tydliga mål med mötet och en agenda bör finnas.

Det är viktigt att alla lyssnar på den som pratar. Man skall lyssna med intentionen att respondera eller förstå.

Om man fastnar på något sätt eller det blir för mycket prat från flera samtidigt kan det vara en fördel med bikupor: att man får tid avsatt för att diskutera två och två. Det gör att alla har lättare att komma till tals och fler åsikter kommer fram. Detta fungerar även om en person tar alldeles för mycket uppmärksamhet. När man vill veta om alla håller med om ett beslut skall det ske genom handuppräkring det går snabbt.

Det finns hinder för ett bra möte som

det är bra att vara medveten om som ledare.

- Att man pratar istället för att fokusera på vad som behöver göras.
- Minnet från tidigare erfarenheter kan vara ett hinder som ersätter nytänkande och reflektion.
- Rädsla för misstag och beslut. Det kan finnas en oro att de andra ska tycka att jag är dålig.
- Alla har olika drivkrafter och mål. Vi jobbar för det som belönar oss, vad gynnar mig. Detta kan man behöva se förbi och göra sig medveten om för att fatta bra beslut för verksamheten.

Ledaren måste visa att den bryr sig om gruppen. Det kan vara genom beröm eller andra små belöningar (fika, godis etc). Man måste visa nyfikenhet, att du är genuint intresserad av andras åsikter och försöker förstå, ger ömsesidigt lärande.

Ledaren ansvarar för sina handlingar och dess konsekvenser. Man måste vara öppen med relevant information, även tankar, känslor och avsikter.

Om man får dålig respons bör man fråga gruppen varför? Man ska också försöka få svar från flera. Om någon enstaka person inte vill stå bakom ett beslut som alla andra är med på bör man ta reda på varför och låta personen komma med förslag på lösning.

Om det finns en person som tar över och talar mer än alla andra kan man påtala att man iakttagit detta, utan att lägga någon värdering i det. Sedan får man fråga vad gruppen tycker om det. Man kan också säga: "Vad bra, nu har vi hört dina åsikter, jag skulle gärna vilja höra någon annans". Eller "Vilken energi det finns här. Nu tycker jag vi delar in oss i mindre grupper för fortsatt diskussion".

Vi läkare är en grupp som uppskattar effektivitet och har begränsat tålamod i olika situationer. Med dessa enkla verktyg hoppas jag att även ni kommer bli hjälpta i att hålla mer effektiva möten framöver. Verksamheten är full av möjligheter till förbättringar och visst vill vi vara med och skapa en bättre och mer effektiv arbetsmiljö?

Malin Sundler, Ordförande OGU ■

Klådmottagning

- ett "lean"-projekt till godo för en styvmoderligt behandlad patientgrupp.

Det har ofta förundrat mig att vi är så duktiga på att arbeta enligt den senaste kunskapen, noga med att det ska vara evidence based, samtidigt som vi i andra änden har svårt att ta emot patienterna! Man kan tycka att sjukvården gått framåt med jättekiv och det har den ju om man ser till all teknologi, men sett till logistiken jobbar vi ofta på samma sätt som på femtiotalet.

Jag har flera gånger inom vår, annars så framstående specialistförening, argumenterat för olika logistiska förändringar och ofta mött motstånd. Nu senast var det riktigt besvärligt innan jag fick igenom ett litet stycke om organisationens roll vid omhändertagandet av kvinnor med vulvabesvär i Vulv-ARGs senaste rapport om vulva.

I Umeå, på den vårdcentral där jag numer arbetar, har jag i tre år haft en drop-in-mottagning för underlivsklåda, kallad Klådmottagningen. Det är en eftermiddag (tre timmar) varannan vecka, där alla kvinnor kan söka förutsatt att man 1/ har akuta besvär och 2/ inte behandlat sig med något sista veckan. Vi har tidigare annonserat i dagspressen inför varje ny termin men nu verkar ryktet ha spritt sig, för det behövs inte längre. Information finns enbart på vår hemsida (www.vll.se/ersbodahc eller googla Klådmottagning).

Vi har planer på att framöver låta kvinnorna boka in sig på nätet, så slipper de sitta och vänta så länge som många gör eller riskera att det är fullt när de kommer.

Första året arbetade jag tillsammans med en intresserad sjuksköterska, hon tog alla yngre (som ju ofta har candida och hon hade lärt sig diagnosticera detta) och jag tog alla postmenopausala, samtidigt som jag hjälpte henne vid behov.

Inga Sjöberg
inga.sjoberg@vll.se

Så fick hon nya arbetsuppgifter och jag har därför fortsatt ensam och funnit att det fungerar minst lika bra även om det var trevligt att vara två!

Jag tar emot max 13 patienter vilket innebär att det blir i genomsnitt 13 minuter per patient. Jag har en standarjournal med kryssfrågor mest (skrivs omedelbart ut av sekreterare) och i journalen skriver jag bara läkemedelsordination och diagnos. Jag undersöker enbart vulva-vagina, tittar i mikroskop v b. Alla kvinnor får en skriven patientinformation tillsammans med den muntliga.

Det låter säkert stressigt men jag tycker inte att det är det, särskilt som alla är så tacksamma. Kvinnor kommer från hela Västerbottens län, några har färdats trettio mil! Jag har ett tag lämnat ut en anonym enkät med frågor om patienten "är nöjd eller inte" och med möjlighet att lämna kommentarer. Alla var nöjda.

På en mottagning kommer ca 35-40% candida, lika mycket är olika eksemförändringar, och slutligen något enstaka annat, oftast LSA. Mycket sällan känner jag behov av att ta px, då får patienten oftast komma tillbaka.

Jag vet att många känner sig osäkra på denna diagnostik, till dessa kan jag säga att de som går med mig en mottagning och alltså får en crashcourse härefter säger att de har fått ett nytt självförtroende. Att få se många patienter i snabb följd är en bra inlärning.

Jag har en "bli-bra"-garanti. Blir man inte bra är jag lättkontaktad och då tar jag tag idet. Det gäller främst candidapatienter och dessa får därför en speciell skriven information som gör uppfölj-

ningen strömlinjeformad.

Egentligen tycker jag man skulle kunna ha en pågående drop-in-mottagning hela tiden på en specialistklinik men den trista verkligheten är ju att det är få gynekologer som tror sig vara riktigt bra på det här (eller som bara inte är intresserade?), trots att det är så vanligt. Så kanske är det ändå enklast att ha en mottagning regelbundet?

Att som görs på många ställen ute i landet, hänvisa till primärvården tycker jag är snarast ondsint. Efter att ha arbetat som konsult ute i primärvården i många år kan jag konstatera att distriktsläkare definitivt inte kan detta. Allt tenderar att bli "svamp", och även om den initiala svampdiagnostiken kan vara korrekt, så är sällan uppföljningen det (när det inte blir bra). Många får behandling utan undersökning!

Drop-in-mottagning för underlivsklåda är ett enkelt och effektivt sätt att ta hand om en patientgrupp som annars behandlas styvmoderligt och blir någon intresserad när ni läser det här så går det bra att kontakta mig för att få vår snabbjournal och/eller alla patientinformationer. ■

Bördor att bära

Omorganisationsförslagen inom min region kommer nu lika tätt som lågtrycken, och det betyder risk för höga flöden i såväl Åtran och Viskan som i min mailbox, som visserligen inte rent praktiskt kan spränga några vallar, men heller aldrig regleras.

Medan sjukhusdirektörer, personalchefer, ekonomichefer och fackliga företrädare antingen ombeds eller tvingas avgå (oftast med väl tilltagna fallskärmar - en snabb uppskattning ger en siffra på 10 miljoner de senaste åren) verkar marknaden vara strålande för olika konsulter som trosvisst pekar åt höger eller vänster och utreder varandras förslag. Olika grupper växer som svampar ur jorden och deltagarna kommer snart att vara fler än vi som vårdar patienter om utvecklingen får fortsätta som hittills.

Konkreta förslag för att få ekonomin i balans verkar vara att lägga ner Falkenberg (inte staden, den får väl hanka sig fram bäst den kan ett tag till, men all sjukvård förutom den basala) och att förbjuda kanelbullar till kaffet.

Ledningsbolaget pekade i en tidigare rapport ut den politiska organisationen som det största hindret för att utveckla vården i Halland, men från ansvariga politiker har ingen självkritik hörts. Att få in lite reell kompetens i Hälso- och sjukvårdsstyrelsen vore ett välkommet första steg.

Förvirrade och uttröttade av alla dessa förslag som sällan motiveras eller konsekvensbeskrivs, och där de tänkta besparingarna ter sig som rena önskedrömmar, åkte några vänner och jag ner till Spanien för att få uppleva andra bördor längs "El Camino de Santiago".

I Logrono slängde vi en tidig morgon på oss ryggäckarna och började marschen västerut. Redan inne i staden gick vi fel. Då det inte fanns några konsulter att rådgöra fick vi anlita karta och GPS, men redan där insåg vi hur kartan och verkligheten skiljer sig åt, precis som i halländsk sjukvård.

Första dagsetappen var på 29 km, och trots att vi tycker att vi bär tunga bördor också på hemmaplan var det skönt att få slänga av ryggäckarna. När vi nästa morgon kom ner till frukostmatsalen såg vi

30 tyska vandrare tömma borden likt Egyptens gräs-hoppor. Någon liten croissant och små marmeladförpackningar med E 320 fanns kvar, men allt grövre bröd, all skinka, ost och korv hade tyskarna stoppat i sig. Tysta drack vi vårt kaffe och tänkte på de avättna borden hemma, men smärtan ökade när vi slängde på oss ryggäckarna och såg att tyskarna skulle få sin packning körd mellan övernattningsställena. Någon i gruppen tyckte att tyskarna på plats och administratörerna hemma hade mycket gemensamt, åt mera och bar mindre, men vi andra sade saktmodigt att alla nog hade sitt kors att bära.

Vandringen längs Caminon gick först genom vinodlingar där Tempranillo klasarna lyste blå, här och där avbrutna av solrosor, tomater och på ett ställe två tunnland frilandspaprika. Vinfälten övergick i stubbåkrar, och välhållna kyrkor växlade med dåligt underhållna, och altartavlorna från barocken strålade i sin guldglans. Vi tänkte på våra skatter i form av operationsrobotar där hemma, också i mörka och glest besökta lokaler.

Efter fem dagar och 12 mil var vi framme i Burgos. Vi betalade pilgrimsentrén på 3.50 euro (hälften mot turistentrén) och häpnade över den enastående skönheten i katedralen, påbörjad 1270. Enorm, men ändå ljus, lätt uppåtsträvande. I skönhet vida överlägsen vårt sjukhus, byggt på 1970-talet, men också i funktion. Här hade taken hållit ute oväder i 800 år medan det ofta regnade in hos oss, där hinkar står utplacerade i korridorerna.

Medeltidens katoliker gick pilgrimsleden för att slippa skärselden. Någon hävdade att Hallands sjukvård hade mycket gemensamt med skärselden, men det är kanske ändå att ta i. Dock är vandringen både en inre och yttre resa, och jag tror att det skulle ge stora insikter till hälso- och sjukvårdsstyrelsen om de bestämde sig för något 10-tal mil så snart som möjligt.

Peter Palsternack



Pionjärer och pensionärer

Det är 30 år sedan Nordens första provrörsbarn föddes i Göteborg den 26:e september 1982.

Detta historiska ögonblick uppmärksammades i samband med Lars Nilssons pensionering vid jubileumsföreläsningar arrangerade av kvinnokliniken, Sahlgrenska akademien. Inte mindre än 150 personer deltog i festligheterna. Dessa inleddes med en elegant hyllning av Inger Bryman väl värd de närvarande pionjärerna Lars Hamberger, Mats Wikland, Torbjörn Hillensjö, Anita Sjögren och Lars Nilsson. Lars Nilsson var en i teamet för 30 år sedan och förblev IVF-enheten trogen fram till idag.

Därefter följde jubileumsföreläsningarna. Först ut var festföremålet Lars

Nilsson som i musikalisk form framförde reproduktionsteknologins framgångar under åhörarnas jubel. Kersti Lundin belyste embryologins utveckling, det har blivit ett viktigt instrument för att hitta embryot med högst potential. Christina Bergh visade sedan siffror på att resultaten för barn födda efter assisterad befruktning i princip är lika bra som för övriga barn.

Sista föreläsningen framfördes av Snorri Einarsson, vår första examinerade subspecialist i reproduktionsmedicin, som blickade in i framtiden kring den gränslösa reproduktionen.

Kvällen avslutades med en kulinarisk måltid tillsammans med pionjärerna med härlig stämning och många spirituella tal, skickligt ledda av toastmaster Barbro Edén.

Ett stort tack för en mycket minnesvärd dag till de engagerade arrangörerna Ann Thurin Kjellberg, Christina Bergh och Inger Bryman.

Nils-Otto Sjöberg ■



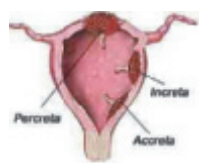
Bilden visar pionjärerna. Från vänster Torbjörn Hillensjö, Mats Wikland, Anita Sjögren, Lars Nilsson, Lars Hamberger samt Inger Bryman.

Placenta accreta – när ska den lämnas kvar?

Sammanfattning/Abstract

Placenta accreta - begreppet innefattar även placenta increta och placenta percreta - är ett ovanligt men potentiellt livshotande tillstånd. Det finns tre olika strategier för handläggning. Standardbehandlingen är hysterektomi vid förlossningen, där planerat sectio och hysterektomi utan försök att lösa placenta visat minskad morbiditet. Exstirpera, att försöka avlägsna hela placenta, ibland inkluderat vävnaderna som den växt in i, utan att hysterektomera. På senare år har konservativ behandling blivit en vanligare metod. Konservativ behandling innebär att hela eller delar av placenta lämnas kvar för att senare stötas ut spontant eller avlägsnas. Målet för denna studie är att ta reda på när konservativ behandling vid placenta accreta kan rekommenderas. Efter en genomgång av de senaste årens publicerade artiklar dras slutsatsen att det främst är i två grupper som denna behandling har sin plats. Det gäller kvinnor som vill bevara uterus på grund av önskan om ytterligare graviditet. Det gäller också kvinnor med placenta percreta, där överväxt på intilliggande organ gör att en primär operation riskerar att bli komplicerad och omfattande.

Merit Kullinger, ST-läkare vid Kvinnokliniken i Västerås, Västmanlands sjukhus
Handledare: Lars-Olof Svensson, specialist i obstetrik och gynekologi, Med dr, Västmanlands sjukhus
 Olga Romanov, specialist i obstetrik och gynekologi, Västmanlands sjukhus



Introduktion

Placenta anläggs tidigt under graviditeten vid blastocystens implantation i den deciduaklädda uterusväggen. Trofoblastceller runt blastocysten differentierar till cytotrofoblast och syncytiotrofoblast, vilka invaderar decidua, den inre tredjedelen av myometriet och spiralartärerna. I flera steg utveckas chorionvilli (organiserade i lobber/kotyledoner) där snart fostrets blod cirkulerar. Intill cirkulerar kvinnans blod i det intervillösa rummet. Kvinnans och fostrets blod är då endast

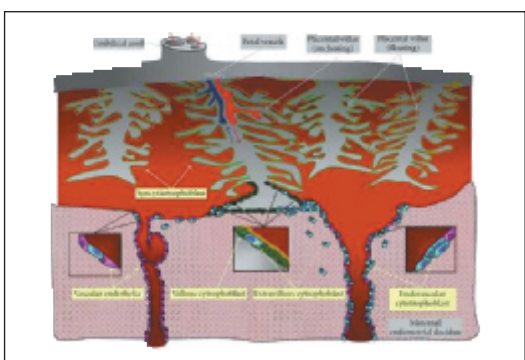
skiljt åt av en tunn cellbarriär som tillåter utbyte av gas och näringsämnen. En del villi innehåller inte blodkärl utan utgör "ankare" som fäster vid deciduans lamina basale (1-2).

Det finns intravillösa trofoblastceller i villi. Extravillösa trofoblastceller finns i deciduan, där de invaderar deciduans interstitium samt i riktning mot det arteriella flödet och vandrar flera centimeter in i de distala spiralartärerna. Dessa förlorar sin muskelvägg - känsliga för vasokonstrangerande ämnen - och förvandlas till dilaterade, uteroplacentära lågresistenskärl (bild 1).

Där invaderande trofoblastceller möter decidua ses histologiskt en zon med fibrinoid degeneration, det så kallade Nitabuchs lager, vilket saknas vid placenta accreta. Efter vecka 30 finns ett uttalat venöst plexus mellan decidua basalis och myometriet vilket hjälper till att skapa ett cleavage när placenta ska lossna (1-2).

När placenta sitter onormalt hårt fast mot uterusväggen kallas den placenta accreta. Det innebär att "ankar"-villi har fäst mot myometriet i stället för deciduans lamina basale och ses i olika svårighetsgrader (tabell 1).

Bild 1 - placentacirkulation:



Tabell 1 - placentainvasivitet:

Placenta accreta	(attach)	Fäster mot myometriet
Placenta increta	(invade)	Invaderar myometriet
Placenta percreta	(penetrate)	Penetrerar myometriet och ev. intilliggande organ

Man tror att en förklaring till djupare invasion av vävnaderna är avsaknad av decidua basalis i ett ärrigt område till exempel efter sectio eller skrapning. Det finns också en teori om att implantation och anläggande av placenta, vilket sker i en syrefattig miljö innan placentalcirkulationen är etablerad, främjas och förlängs i en ärrömlad del av uterus (3).

Det kan vara hela placenta (total placenta accreta), några av loberna (partiell placenta accreta) eller en lob (fokal placenta accreta) som är involverad (1-2).

Den vanligaste kliniska situationen vid placenta accreta är en kvinna som tidigare genomgått kejsarsnitt och i följande graviditet diagnosticeras med en placenta previa. Risken ökar med antalet tidigare sectio. När ingen placenta previa föreligger är risken för placenta accreta efter 1 tidigare kejsarsnitt 0,3%, efter 2 tidigare kejsarsnitt 0,6% och efter 3 eller fler tidigare kejsarsnitt 2,4%. Vid samtidig placenta previa är risken betydligt högre (Tabell 2) (2).

Tabell 2: Risk för placenta accreta vid samtidig placenta previa.

Icke-opererad uterus	1-5%
1 tidigare kejsarsnitt	11-25%
2 tidigare kejsarsnitt	35-47%
3 tidigare kejsarsnitt	40%
4 tidigare kejsarsnitt	50-67%

Incidensen för placenta accreta i USA var på 50-talet 1/ 30 000 förlossningar. Under 80- och 90-talet var den 1 på 533-2510 förlossningar (2). Enligt en studie från 2011 beräknar man att om antalet sectio fortsätter att öka i samma takt som tidigare når man år 2020 i USA en sectiofrekvens på 56,2%, och till följd av detta ytterligare 6236 placenta previa, 4504 placenta accreta och 130 fler maternella dödsfall per år (4). I Sverige verkar incidensen vara okänd.

Risikfaktorer förutom tidigare kejsarsnitt och placenta previa är bl.a. tidigare abrasio/exeres (Ashermans syndrom), multiparitet, submukösa myom, högt

AFP, högt s-hCG och ålder >35 år (1-2). Veldig många (95%) av dem som får placenta accreta har identifierbara riskfaktorer (5).

Det första symtomet på placenta accreta är vanligtvis riklig, livshotande blödning vid försök till manuell lösning av placenta. Hela eller delar av placentan saknar cleavage mot uterus. Placenta accreta kan ge symtom tidigare under graviditeten vid penetration av blåsväggen med hematuri, eller vid uterusruptur (2,6). Den kliniska bilden varierar beroende på var placenta sitter, hur stor del av den som är involverad och hur djupt den penetrerat myometriet. Blödningen kan uppstå när den del av placenta som sitter fast avlägsnas, eller senare till följd av kvarsittande placentabitt. När en större del av placenta är involverad kan blödningen bli mycket stor. Det gäller då att kompensera blodförlusten och för att kontrollera blödningen är det ofta nödvändigt att utföra hysterektomi (1). I en studie från 2009 sågs blodförlust på 2,5 liter (medel) och behov av intensivvård hos mer än en fjärdedel (5).

Hos en kvinna med tidigare sectio och aktuell graviditet med lågt sittande framväggsplacenta eller placenta previa, rekommenderas undersökning med ultraljud för att försöka diagnosticera eventuell placenta accreta (2). I en studie undersökte man med doppleraltraljud och tittade efter < 1mm avstånd mellan de retroplacentära kärlen och kontaktytan mellan uterus och blåsväggen, samt efter stora interplacentära "sjöar"; två

kriterier som gav en sensitivitet på 100% och positivt prediktivt värde på 78% (bild 2). Fler tecken vid ultraljudsundersökning finns beskrivna samt framgångsrik diagnostik med hjälp av 3D-doppler. MR används som tillägg till ultraljudsdiagnostik när det finns en stark misstanke om accreta och man vill bedöma grad av invasion eller vid mer svårbedömda fall så som bakväggsplacenta eller fetma (7).

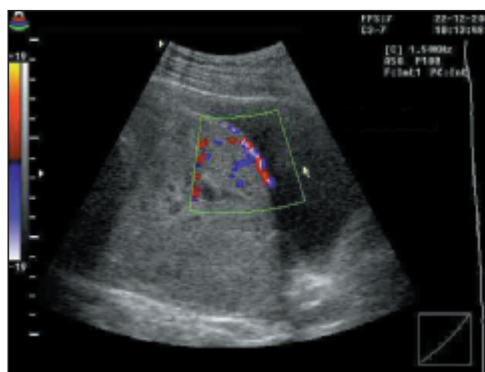
Att diagnosticera en placenta accreta innan förlossning innebär möjlighet till preoperativ planering, vilket minskar morbiditet. Ett planerat kejsarsnitt är associerat med mindre blodförlust än akut operation (5). Kvinnan informeras om misstänkt diagnos och möjliga komplikationer och remitteras till sjukhus med nödvändiga resurser. Där ingår blodcentral, neonatalvård och postoperativ intensivvård samt vana operatörer och narkosläkare. Ballongartärkatetrar kan läggas in preoperativt för att minska blödning under sectio, risken för hysterektomi och för att kunna embolisera kärl till uterus/placentabädd i efterförloppet (2).

Hysterektomi utan att försöka lösa placenta är associerat med signifikant reducerad morbiditet och rekommenderas därför (5).

Konservativ behandling innebar tidigare att man tog bort så mycket som möjligt av placenta och packade uterus, med en mortalitet på 25 % (8).

Målet med den här studien är att ta reda på när konservativ behandling av placenta accreta är indicerad. Vad har publicerats från och med 2007 angående

Bild 2:



konservativ behandling av placenta accreta? Finns det ny information i de senaste årens publicerade studier som kan ge bättre vägledning i beslutet att välja konservativ behandling?

Metod

Den här studien är en litteraturoversikt över publicerade artiklar om konservativ behandling av placenta accreta, från och med 2007, med syfte att skriva en review-artikel.

En sökning gjordes i Pubmed med sökorden placenta accreta [MeSH Major Topic], abnormal placentation, abnormally adherent placenta och morbidly adherent placenta. Sökresultatet blev 858 artiklar. Med filtrering för artiklar på engelska och svenska mellan 2007-01-01 och 2012-01-30 blev sökresultatet 229 artiklar.

En ny sökning gjordes på sökorden conservative treatment, conservative management, uterine conservation, uterine preservation, leaving the uterus, preserving fertility, fertility prevention, future pregnancy, expectant management, placental resorption. När denna kombinerades med den första sökningen blev sökresultatet 145 artiklar och efter samma filtrering återstod 64 artiklar.

Resultat

Denna sammanfattning av genomgångna artiklar utgår från en definition av konservativ behandling, som innebär att hela eller delar av placenta lämnas in situ utan mer än eventuellt lätta försök att avlägsna den. Navelsträngen ligeras och delas så nära placenta som möjligt.

Detta skiljs från exstirpation då man försöker avlägsna hela placenta och eventuellt vävnaderna som den växt in i, utan att hysterektomera. Den tredje metoden är standardbehandlingen med primär hysterektomi ("cesarean hysterectomy"), vilket man numera rekommenderar utförs med placenta in situ (5,9).

Dessutom finns olika kompletterande åtgärder. Dessa inkluderar olika former av kirurgiska tekniker för att minska blödning vid förlossningen, radiologisk kärlintervention och olika former av medicinsk efterbehandling.

I många studier kallas exstirpation för konservativ, i den meningen att man försökt bevara uterus. Placenta har avlägsnats och olika metoder använts för att uppnå blodstillning (tabell 3). Andra exempel är uterusparande kirurgi med resektion av den delen där placenta sitter fast (6,10-12). Nät har använts för att täcka uterusdefekten vid placenta percreta med rapporterad hysterektomi hos 26,4% (13). Vid placenta percreta med uterusruptur i tidig graviditet har man endast reparerat defekten över den synliga placentaavvävnaden för att undvika en komplicerad hysterektomi (6).

Tabell 3 – metoder för att uppnå kontroll av blödning vid exstirpation (14-21).

- Profylaktisk artärkateterisering och eventuellt embolisering
- Profylaktisk ligering av aa.uterinae innan placenta avlägsnas
- Koksaltfylld ballongkateter i uterus för att komprimera sivande uterusbädd (Bakri-ballong, Foleykateter)
- Suturer satta i placentaavvädden
- B-Lynchsuturer
- Kemoembolisering (arteriellt given kemoterapi följt av embolisering)
- Radioablation av placentaavvädnad (djurförsök)

Konservativ behandling utvärderas i två större studier. Först i en holländsk reviewartikel från 2007, med en sammanfattning av totalt 48 fallstudier från 1985-2006. Inkluderade var 60 kvinnor som primärt behandlats för placenta accreta med helt eller delvis kvarlämnad placenta. Lyckandefrekvensen var 80%, d.v.s. hysterektomi kunde undvikas (22).

Ungefär hälften fick behandling med methotrexat eller embolisering av aa.uterinae. Blödningskomplikationer sågs hos 35% och hysterektomi utfördes hos 15% pga blödning. Feber var vanligt, eventuellt pga vävnadsnekros, även infektion var en vanlig komplikation (14%) och ledde till hysterektomi hos 3%. 8 kvinnor av 60 (13%) hade genomgått en ny graviditet.

Det gick inte att se någon skillnad på behandling med eller utan Methotrexat (22).

I en stor retrospektiv studie av fall med placenta accreta som behandlats konservativt på 40 av Frankrikes 45 universitetssjukhus 1993-2007 undersöktes utfall i form av maternell morbiditet och mortalitet. Lyckandefrekvensen var 78% hos de 167 kvinnor som behandlades konservativt. Av dessa drabbades 6% av svår morbiditet definierat som sepsis, septisk chock, peritonit, uterusnekros, fistelbildning, skada på intilliggande organ, akut lungödem, akut njursvikt, DVT/LE eller död. En kvinna dog till följd av benmärgssuppression och njurpåverkan till följd av Methotrexat administrerat via navelsträngen (9).

Behandlingskrävande blödning under det första dygnet skedde hos 52%. Behandling med uterusammandragande läkemedel var tillräckligt hos 17%. Embolisering eller ligering av uterusförsörjande kärl behövdes hos 34%. Hysterektomi utfördes hos 11% det första dygnet och hos 11% inom 9-45 dagar. I den senare gruppen hade 60% postpartumblödning (9).

Spontan resorption av placenta sågs i samma studie hos 75% inom 4-60 veckor (median 13,5 veckor). Exeres eller hysteroskopisk resektion av kvarvarande placentaavvädnad utfördes hos 2% inom 2-45 veckor (median 20 veckor). Slutatsen som dras är att konservativ behandling vid placenta accreta kan hjälpa kvinnor att undvika hysterektomi och medför låg risk för allvarlig morbiditet vid center med tillräckliga resurser (9).

När samma material undersöktes med avseende på framtida graviditetsutfall bedömde man att ingen negativ påverkan sågs på patienternas fertilitet eller graviditetsutfall hos de patienter där uterus kunnat lämnas kvar, fränsett en upprepande risk för placenta accreta på 28,6% (95% CI, 11.3-52.2%) (23).

Med avseende på fertilitet efter konservativ behandling hade man i samma material kunnat följa upp 96 av 131 patienter. Av dessa hade 11 kvinnor (12%)

nedsatt fertilitet (tabell 4), och 58 kvinnor (68%) hade ingen graviditetsönskan av olika orsaker (tabell 5).

Tabell 4 – orsaker till nedsatt fertilitet

- Synechier i uterus (n=2)
- Sterilisering vid partus (n=8)
- Sterilisering efter ett år (n=1)

Tabell 5 – orsaker till att kvinnan inte önskar uppnå ny graviditet

- Blev avrådd från ytterligare graviditet (n=19)
- Hade fått önskat antal barn (n=14)
- Rädsla för upprepning av placenta accreta (n=13)
- För kort tid hade gått sedan förlossningen (n=11)
- Saknade partner (n=1)

3 kvinnor försökte uppnå graviditet. 24 kvinnor (28%) hade uppnått 34 graviditeter. Dessa graviditeter resulterade i 21 förlossningar efter vecka 34 med väl-mående barn, 10 missfall, 2 aborter och en extrauterin graviditet. I gruppen hade man hittat totalt 8 fall av intrauterina synechier hos kvinnor som inte återfick menstruationer, vilket i 6 fall kunde åtgärdas via hysteroskopi, och det kan spegla en ökad risk efter placenta accreta (23).

I detta material hade 28 förlossningar skett vaginalt. I en annan fallstudie behandlades tre patienter konservativt efter vaginal förlossning då placenta accreta konstaterades. Alla genomgick efteråt graviditet och förlossning utan upprepande av placenta accreta (24).

Emboliserande behandling har inte kunnat visas ge nedsatt fertilitet (16). Det rekommenderas användning av gelatinpartiklar >500 µm som ger reversibel artäröklusion. Mindre partiklar har misstänkts ge upphov till uterussynechier (25).

Methotrexat har använts vid konservativ behandling av placenta accreta. Det är en folatantagonist som är effektiv vid snabbt delande celler, varför en signifi-

kant effekt på degenererande placenta- vävnad efter partus verkar osannolik (26). Behandling kan ge allvarliga biverkningar och kvinnan får inte amma (27). De senaste artiklarna rekommenderar inte användning av Methotrexat (28).

Mifepriston (Mifegyn) och Misoprostol (Cytotec) finns beskrivet som en ny metod för behandling vid placenta accreta använt i två fall. Den första kvinnan var 1gravida, 0 para med vaginal förlossning i vecka 39 där placenta inte gick att lösa och MR bekräftade placenta accreta. Efter 15 veckors tät uppföljning med kvarvarande fundusplacenta i uterus bicornis önskade hon intervention. Man gav henne behandling som vid medicinskt avbrytande och efter en dag stöttes komplett placenta ut. Den andra kvinnan var 7 gravida 0 para med tidigare missfall och vaginalförlossning i graviditetsvecka 36 där placenta inte gick att lösa. MR bekräftade diagnosen. Hon utvecklade snart feber och fick en sepsis, e.coli. Man ville utföra hysterektomi men patienten samtyckte inte. I stället gavs Mifepriston och innan man började med Misoprostol lossnade placenta och patienten tillfrisknade omgående (29).

Misslyckade försök till konservativ behandling eller komplikationer till denna redovisas i många studier. I ett fall sågs hematuri efter konservativ behandling med embolisering av aa.uterinae. Ultraljudsundersökning visade ett förkalkat område i urinblåsans bakvägg. Cystoskopisk resektion utfördes och visade placenta accreta, således placenta percreta (25). I ett annat fall med kraftig blödning efter kirurgiskt avbrytande i vecka 11 utfördes embolisering av aa.uterinae pga misstänkt placenta accreta. Efter 18 veckors tät uppföljning utfördes akut hysterektomi på grund av riklig blödning (30).

I ett ytterligare fall av konservativ behandling då kvinnan önskade bevara sin fertilitet utfördes planerat kejsarsnitt i vecka 38 med medellinjessnitt och uterusincision i fundus och kvarlämnande av placenta previa accreta. Efter förloppet komplicerades av infektion som behandlades, men tre månader postpartum tillstötte sepsis som inte svarade på

medicinsk behandling. Man planerade för hysterektomi men vid operationen fann man tydligt cleavage och kvarvarande placenta vävnad avlägsnades lätt, utan blödning och uterus kvarlämnades (31).

AV-fistel rapporteras som komplikation till konservativ behandling. I en amerikansk studie rapporteras tre fall av placenta percreta som behandlats konservativt med kvarlämnande av placenta, embolisering av aa.uterinae med tillägg av cytostatika (etoposide). Alla tre utvecklade AV-fistlar som inbegrep v. ovarica och hysterektomerades 8 – 11 veckor portpartum med blödning 350-3600 ml (32). I den franska multicenterstudien som inkluderade 167 placenta accreta fanns 18 fall av placenta percreta. I denna grupp sågs ett fall av AV-fistel vid konservativ behandling med tillägg av embolisering av aa. uterinae men ingen anti-neoplastisk behandling (33).

I en beskrivning av fokal placenta percreta som invaderat blåsan gjordes elektivt sectio i vecka 36 med kvarlämnande av placenta. På tredje dagen började patienten blöda ymnigt och underökning visade att placenta delvis avlossat men satt fast fokalt. Detta uppmärksammas som en risk vid konservativ behandling. Akut hysterektomi utfördes och man noterade att blodförsörjningen till området minskat avsevärt. I stället för befarad partiell cystektomi kunde blåsan separeras från placenta med minimal skada. Således sågs fördelar med att ha behandlat konservativt, men frågan väcks om man ska överväga fördröjd hysterektomi i dessa fall och i så fall när den ska utföras (34).

RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) anser att profylaktiskt inläggande av artärkatetrar, när placenta accreta misstänks, behövs utredas mer innan det kan rekommenderas. Man anser också att förlossningen ska ske efter 35-37 graviditetsveckor (28). I en reviewartikel rekommenderas elektivt sectio vid placenta previa accreta vid 38 graviditetsveckor om ingen blödning förligger och vid 36 graviditetsveckor om graviditeten komplicerats av blödning för att undvika akut sectio (7). Det finns ingen konsensus angående antibiotika

profylax eller uterussammandragande läkemedel, vilket dock i många fall har använts och rekommenderats (27).

En ny metod för intervention är 3D-angiografi, vilket har beskrivits för lyckad konservativ behandling med upprepad embolisering av aa.uterinae efter en månad vid ett fall av placenta previa percreta. Förhoppningen är att kunna selektera ut fall där placenta inte resorberas och dess blodflöde kvarstår, för att med upprepad intervention kunna förbygga fördröjd postpartumblödning (35).

I många studier har man följt patienterna med s-hCG för att följa placentas resorption. Det finns dock studier som menar att det inte finns någon sådan korrelation. Omätbara nivåer av S-hCG garanterar inte att det inte finns kvarvarande placentaavvävnad (28). I en studie, där man följt tre patienter med konservativ behandling av placenta accreta, bedömdes att det fanns fortsatt uteroplacental cirkulation indikerat av lågt PI i a.uterina trots att s-hCG var normaliserat. De förslår ytterligare studier för att försöka fastställa vid vilken nivå PI i a.uterina indikerar devaskularisering och således framgångsrik konservativ behandling (36). Försök har gjorts att identifiera biokemiska markörer i maternellt blod för att identifiera placenta accreta t.ex fetalt DNA, placenta-mRNA och DNA microarray för placentaspecifika gener. Förhoppningen är att kunna använda dessa för uppföljning av konservativ behandling (7).

RCOG anser att den rekommenderade metoden för uppföljning är ultraljud (28). I många studier har man följt patienterna med ultraljud varje till var tredje vecka och i vissa fall med MR-undersökningar.

Mer forskning behövs för att utvärdera de olika strategierna vid konservativ behandling (27). I en reviewartikel från 2011, som sammanställt fallrapporter och studier inom ämnet försökte man utvärdera lyckande- och misslyckandegrad för olika typer av konservativ behandling. Trots det större materialet gick det inte att dra några slutsatser om vilken metod som är att föredra. Man dis-

kuterar i denna studie också svårigheten med att jämföra åtgärder och utfall vid ett tillstånd som placenta accreta, som kan ha både olika grad av invasivitet och olika stor del av placenta involverad (37).

Diskussion

Enligt en engelsk studie där man gjort en litteraturgenomgång baserad på sökningar i Pubmed/Medline (1950-2009), Embase (1980-2009) och The Cochrane Library så hittades inga randomiserade kontrollstudier inom ämnesområdet. Majoriteten var observationsstudier och ett stort antal inkluderade enbart ett litet antal patienter (27). Så är även fallet i den litteratursökning som genomförts här med ett urval av artiklar tom 2012-01-30. Publicerat finns fallstudier, reviewartiklar och retrospektiva undersökningar. I studier med större antal patienter har man använt data från en stor tidsperiod, med risk för att rutiner och andra förutsättningar ändras under studietiden. Oftast är det få inkluderade patienter, vilket begränsar de slutsatser man kan göra och statistiskt bevisa.

Den mest intressanta studien är den stora franska multicenterstudie som inkluderade 167 fall av placenta accreta och där man kunde dra vissa slutsatser om värdet av konservativ behandling (9). Man anser att konservativ behandling är ett värdefullt alternativ med allvarlig morbiditet på endast 6%. Betydligt större morbiditetstal får man om man även inkluderar de 52% med behandlingskrävande blödning första dygnet, de 9% som fått en endometrit och de 5% med sårinfektion (9). Konservativ behandling innebär trots allt stor risk för morbiditet, allvarlig och lindrigare och kan också medföra maternell död. Det ställs krav på compliance då den kan innebära lång uppföljningsperiod och under denna tid också risk för livshotande blödning och/eller infektion. Problemet ligger dock inte primärt i behandlingen utan i tillståndets natur. En peripartumhysterektomi innebär också hög morbiditet (5) och riskerna är jämförbara med konservativ behandling (9).

Att profylaktiskt lägga in artärkatetrar

är debatterat, men verkar åtminstone inte vara förenat med några ökade risker (16).

Trenden man kan utläsa av de senaste årens publicerade studier är att allt oftare primärt behandla placenta accreta konservativt, det vill säga att lämna kvar uterus och placenta vid partus. Man kan ifrågasätta värdet i att bevara uterus då många ändå inte vill, kan eller vågar satsa på en ny graviditet (16,23,38). Är kvinnan redan färdig med sitt barnafödande och peripartumhysterektomi bedöms kunna utföras utan allt för stor risk för komplikationer så är detta fortfarande förstahandsalternativet, särskilt vid sjukhus där man inte har tillgång till interventionell radiologi på jourtid.

Förhoppningsvis innebär framtida omhändertagande att man i större grad kan utveckla prenatal identifiering av tillståndet för att kunna planera omhändertagandet, hitta optimala metoder för handläggande av förlösning och bättre metoder för uppföljning. Målet skulle vara att minska riskerna för komplikationer postpartum. Det största insatsen bör dock vara att hålla nere sectiofrekvensen, då upprepade sectio är en så tungt vägnande riskfaktor vid placenta accreta.

Så tillbaka till frågan; "När ska placenta accreta lämnas kvar?" Varje fall bör bedömas individuellt, men efter min litteraturgenomgången tycker jag att man kan se fördelar som väger upp nackdelarna i två grupper. Målsättningen bör vara att fastställa diagnosen innan förlösningen, för att planera handläggningen. Det gäller de kvinnor som efter information om riskerna för allvarliga komplikationer, så som postpartumblödning och akut hysterektomi samt upprepanerisk, ändå vill bevara uterus och framtida fertilitet. Det gäller även de fall av placenta percreta eller uttalade bäckenadherenser där behandlingen skulle innebära omfattande bäckenkirurgi innefattande omgivande organ. Förutsättningen är att man kan kontrollera blödningen vid förlösningen och att beredskap finns för att ta hand om möjliga komplikationer till den konservativa behandlingen.

Referenser

- Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics. 23rd ed. USA: The McGraw-Hill Companies, Inc; 2010.
- Robert Resnik. Diagnosis and management of placenta accreta. UpToDate [databas på Internet] 2011 Dec [läst 2012-01-30]. Tillgänglig: www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-placenta-accreta.
- Rosen T. Placenta accreta and cesarean scar pregnancy: overlooked costs of the rising cesarean section rate. *Clin Perinatol*. 2008 Sep; 35(3):519-29. Review.
- Solheim KN, Esakoff TF, Little SE, Cheng YW, Sparks TN, Caughey AB. The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians.* J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 Nov; 24(11):1341-6.
- Eller A, Porter T, Soisson P, Silver R. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG* 2009; 116:648-54.
- Soliman N, Babar SA. Spontaneous rupture of the uterus secondary to placenta percreta with conservation of the uterus. *J Obstet Gynaecol*. 2010; 30(5):517-8.
- Allahdin S, Voigt S, Htwe TT. Management of placenta praevia and accreta. *J Obstet Gynaecol*. 2011;31(1):1-6. Review.
- Fox H. Placenta accreta, 1945-1969. *Obstet Gynecol Surv* 27:475, 1972.
- Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, et al. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol*. 2010 Mar;115(3):526-34.
- Simsek T, Saruhan Z, Karaveli S. Placenta percreta: conservative treatment-segmental uterine resection with placenta in one piece. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology.* J Obstet Gynaecol. 2010;30(7):735-6.
- Pliskow S, Dai X, Kohner A, Kapnick J. Conservative surgical management of placenta accreta: a report of 3 cases. *J Reprod Med*. 2009 Oct;54(10):636-8.
- Wang LM, Wang PH, Chen CL, Au HK, Yen YK, Liu WM. Uterine preservation in a woman with spontaneous uterine rupture secondary to placenta percreta on the posterior wall: a case report. *J Obstet Gynaecol Res*. 2009 Apr;35(2):379-84. Review.
- Palacios-Jaraquemada JM, Fiorillo A. Conservative therapy in placenta accreta: unexpected problems after drug-induced uterine contractions. *BJOG*. 2009 Dec;116(13):1821; author reply 1821-2.
- Rao AP, Bojahr H, Beski S, MacCallum PK, Renfrew I. Role of interventional radiology in the management of morbidly adherent placenta. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology.* J Obstet Gynaecol. 2010;30(7):687-9.
- Ferrazzani S, Guariglia L, Triunfo S, Caforio L, Caruso A. Conservative management of placenta previa-accreta by prophylactic uterine arteries ligation and uterine tamponade. 2009;25(4):400-3.
- Sivan E, Spira M, Achiron R, Rimon U, Golan G, Mazaki-Tovi S, Schiff E. Prophylactic pelvic artery catheterization and embolization in women with placenta accreta: can it prevent cesarean hysterectomy? 2010 Jun;27(6):455-61.
- Arduini M, Epicoco G, Clerici G, Bottaccioli E, Arena S, Affronti G. B-Lynch suture, intrauterine balloon, and endouterine hemostatic suture for the management of postpartum hemorrhage due to placenta previa accreta. 2010 Mar;108(3):191-3.
- Albayrak M, Ozdemir I, Koc O, Demiraran Y. Post-partum haemorrhage from the lower uterine segment secondary to placenta praevia/accreta: successful conservative management with Foley balloon tamponade. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2011 Aug;51(4):377-80.
- Al-Harbi NA, Al-Abra ES, Alabbad NS. Utero-vaginal packing. Seven years review in the management of post partum hemorrhage due to placenta previa/accreta at a maternity hospital in Central Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2009 Feb;30(2):243-6.
- Takeda A, Koyama K, Imoto S, Mori M, Nakano T, Nakamura H. Conservative management of placenta in creta after first trimester abortion by transcatheter arterial chemoembolization: a case report and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2010 Mar;281(3):381-6. Review.
- Morel O, Monceau E, Tran N, Malartic C, Morel F, Barranger E, et al. Radiofrequency ablation of retained placenta accreta after conservative management: preliminary evaluation in the pregnant ewe and in normal human placenta in vitro. *BJOG*. 2009 Jun;116(7):915-22.
- Timmermans S, van Hof AC, Duvecot JJ. Conservative management of abnormally invasive placentation. *Obstet Gynecol Surv* 62:529,2007.)
- Sentilhes L, Kayem G, Ambroselli C, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, et al. Fertility and pregnancy outcomes following conservative treatment for placenta accreta. *Hum Reprod*. 2010 Nov;25(11):2803-10.
- Bennett MJ, Townsend L. Conservative management of clinically diagnosed placenta accreta following vaginal delivery. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009 Dec;49(6):647-9.
- Diop AN, Bros S, Chabrot P, Gallot D, Boyer L. Placenta percreta: urologic complication after successful conservative management by uterine arterial embolization: a case report. 2009 Nov;201(5):e7-8.
- Arulkumaran S, Ng CS, Ingemarsson I, Ratnam SS. Medical treatment of placenta accreta with Methotrexate. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1986; 65:285-6.
- Doumouchtsis SK, Arulkumaran S. The morbidly adherent placenta: an overview of management options. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010 Sep;89(9):1126-33.
- Hayes E, Ayida G, Crocker A. The morbidly adherent placenta: diagnosis and management options. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2011 Dec;23(6):448-53. Review.
- Morgan M, Atalla R. Mifepristone and Misoprostol for the management of placenta accreta – a new alternative approach. *BJOG* 2009;116:1002-1003.
- Liao CY, Ding DC. Failure of conservative treatment for placenta in creta. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2009 Sep;48(3):302-4.
- Morel O, Desfeux P, Fargeaudou Y, Malartic C, Rossignol M, Perrotez C, et al. Uterine conservation despite severe sepsis in a case of placenta accreta first treated conservatively: 3-month delayed successful removal of the placenta. *Fertil Steril*. 2009 May;91(5):1957.
- Barber JT Jr, Tressler TB, Willis GS, Martinez FJ, Peisner DB, Goodman JD, et al. Arteriovenous malformation identification after conservative management of placenta percreta with uterine artery embolization and adjunctive therapy. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 May;204(5).
- Sentilhes L, Descamps P, Goffinet F. Arteriovenous malformation following conservative treatment of placenta percreta with uterine artery embolization but no adjunctive therapy. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Dec;205(6):e13; author reply e13-4.
- Teo SB, Kanagalingam D, Tan HK, Tan LK. Massive postpartum haemorrhage after uterus-conserving surgery in placenta percreta: the danger of the partial placenta percreta. *BJOG*. 2008 May;115(6):789-92.
- El-Messidi A, Morissette C, Faught W, Oppenheimer L. Application of 3-D angiography in the management of placenta percreta treated with repeat uterine artery embolization. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010 Aug;32(8):775.
- Dueñas-García OF, Diaz-Sotomayor M, Rico-Olvera H. Utility of the pulsatility index of the uterine arteries and human chorionic gonadotropin in a series of cases of placenta accreta. *J Obstet Gynaecol Res*. 2011 Aug;37(8):1112-6.
- Steins Bisschop CN, Schaap TP, Vogelvang TE, Scholten PC. Invasive placentation and uterus preserving treatment modalities: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Aug;284(2):491-502. Review
- Chabrot P, Diop AN, Boyer L, Gallot D. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol*. 2010 Nov;116(5):1219-20; author reply 1220-1.

Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

Cervixcancerprevention C-ARG

Ordförande: Bengt Andrae
KK, Gävle/Sandviken Länssjukhus
801 87 Gävle
Tel: 026-15 41 68
bengt.andrae@gmail.com
Sekreterare: Kristina Elfgren
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
kristina.elfgren@karolinska.se

Endokrinologi ENDOKRIN-ARG

Ordförande: Alkistis Skalkidou
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 076-206 85 82
alkistis.skalkidou@kbh.uu.se
Sekreterare: Eva Innala
KK, Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel: 090-785 21 61
eva.innala@vll.se

Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG

Ordförande: Margita Gustavsson
KK, Kungälv Näsrsjukhus
434 80 Kungälv
margita.gustavsson@lthalland.se
Sekreterare: Greta Edelstam
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
greta.edelstam@akademiska.se

Etik ETIK-ARG

Ordförande: Claudia Bruss
KK, SUS Lund
221 85 Lund
Tel: 046-17 10 00
claudia.bruss@med.lu.se
Sekreterare: Lotti Helström
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
lotti.helstrom@sodersjukhuset.se

Evidensbaserad medicin

EVIDENS-ARG
Ordförande: Annika Strandell
SU/Sahlgrenska
413 45 Göteborg
Tel: 0700-90 44 54
annika.strandell@vgregion.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Familjeplanering FARG

Ordförande: Jan Brynhildsen
KK, Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
jan.brynhildsen@lio.se
Sekreterare: Kristina Gemzell-
Danielsson
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-524 800 00
kristina.gemzell@ki.se

Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG

Ordförande: Britt Friberg
KK, Lund och Reproduktionsmedicinskt
Centrum (RMC)
Malmö Skånes Universitetssjukhus/SUS
205 02 Malmö
britt.friberg@skane.se
Sekreterare: Pietro Gambadauro
Reproduktionscentrum, KK
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018- 611 00 00 (växel)
gambadauro@gmail.com

GLOBAL-ARG

Ordförande: Birgitta Essén
Inst för kvinnors och barns hälsa
IMCH
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
birgitta.essen@kbh.uu.se
Sekreterare: Sigmar Strömberg
sigmars@hotmail.com

Hemostasrubbningar HEM-ARG

Ordförande: Lars Thurn
KK, Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona
lars.thurn@ltblekinge.se
Sekreterare: Gisela Wegnelius
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 27 17
gisela.wegnelius@sodersjukhuset.se

Minimalinvasiv Gynekologi

MIG-ARG
Ordförande: P-G Larsson
KK, Kärn sjukhuset
541 85 Skövde
Tel: 0500-43 10 00. Fax: 0500-43 14 54
p-g.larsson@vgregion.se
Sekreterare: Charlotta Ericson
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
146 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
charlotta.ericson@karolinska.se

Mödra-Mortalitet MM-ARG

Ordförande: Aljana Mulic-Lutvica
KK, Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00. Fax: 018-24 62 86
aljana.mulic-lutvica@akademiska.se
Sekreterare: Sissel Saltvedt
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

Perinatologi PERINATAL-ARG

Ordförande: Karin Pettersson
KK, Karolinska Universitetssjukhuset
Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
karin.pettersson@karolinska.se
Sekreterare: Marie Blomberg
KK, Universitetssjukhuset Linköping
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
marie.blomberg@lio.se

Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi POS-ARG

Ordförande: Katri Nieminen
KK, Universitetssjukhuset Linköping
581 85 Linköping
Tel: 013-22 20 00
katri.nieminen@lio.se
Sekreterare: Maria Engman
KK, Västerviks sjukhus
593 81 Västervik
Tel: 0490-860 00
marie.engman@ltkalmar.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,
Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 766 55. Fax: 08-31 81 14
lena.marions@karolinska.se
Sekreterare: Anna Palm
Sundsvalls sjukhus
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
anna.palm@lvn.se

Gynekologisk Tumörkirurgi med Cancervård

TUMÖR-ARG
Ordförande: Angélique Flöter Rådestad
KK, Karolinska universitetssjukhuset
Solna
171 76 Stockholm
Tel: 08-517 700 00
angélique.floter-radestad@karolinska.se
Sekreterare: René Bangshøj
KK, Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro
Tel: 019-602 12 60
Fax: 019-12 65 90
rene.bangshoj@reba.se
Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG
Ordförande: Peter Lindgren
KK, Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
Tel: 018-611 00 00
peter.lindgren@kbh.uu.se
Sekreterare: Jesper Agrell
KK, Sundsvalls sjukhus
851 86 Sundsvall
Tel: 060-18 10 00
jesper.agrell@lvn.se

Urogynekologi och vaginal kirurgi UR-ARG

Ordförande: Marie Westergren
Söderberg
KK, Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-616 10 00
marie.westergren-soderberg@
sodersjukhuset.se
Sekreterare: Johan Skoglund
KK, Länssjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping
Tel: 036-32 14 58
johan.skoglund@lj.se

Vulva VULV-ARG

Ordförande: Nina Bohm-Starke
KK, Danderyds sjukhus
182 88 Danderyd
Tel: 08-655 50 00
nina.bohm-starke@ds.se
Sekreterare: Christina Rydberg
KK, Varbergs sjukhus
432 81 Varberg
Tel: 0340-48 10 00
christina.rydberg@lthalland.se

Arbets- och Referens-Grupp-Utvecklings-Samordnare

ARGUS

Matts Olovsson
SFOG-Kansliet
Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75
E-post: matts.lovsson@kbh.uu.se

SFOG-Kansliet

Jeanette Swartz
Drottninggatan 55, 2 tr
111 21 Stockholm
Tel: 08-440 01 75 • Fax: 08-22 23 30
kansliet@sfog.se • www.sfog.se

Intressegrupper inom SFOG

Privatgynekologerna

Ordförande

Gunnar Möllerström
Oxbackskliniken
Lagmansv 14
152 40 Södertälje
Tel: 08-5509 9100
Fax: 08-5544 3120
E-post: gunnar.mollerstrom@tyfon.com

Catharina Lyckeberg
Ultragyn
Läkarhuset Odenplan
113 22 Stockholm
Tel: 08-587 10 199
E-post: catharina.lyckeberg@ultragyn.se

Agneta Möller
Läkarhuset Hermelinen
Sandviksgatan 60
972 33 Luleå
Tel: 0920-40 22 00
E-post: agneta.moller@hermelinen.se

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Joy Ellis
Enheten för mödravård, gyn- och ungd.mott.,
Primärvården Bohuslän. Kroksläatts vårdcentral
Tel: 010-473 30 81
Mobil: 070-691 54 32
E-post: joy.ellis@vgregion.se

Sekreterare

Elisabeth Lindholm
Danderyds sjukhus
Stockholm
Tel: 070-721 173 94
E-post: elisabeth.storck-lindholm@ds.se

Obstetriker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Malin Sundler
Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset Lund
225 85 Lund
Tel: 046-17 10 00
E-post: malin.sundler@skane.se

Sekreterare

Emilia Rotstein
KK, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 800 00
E-post: emilia.rotstein@karolinska.se

Gruppen för öppenvårdsgynekologi

Ordförande:

Vakant

Sekreterare

Vakant

SFOG

MEDLEMSANSÖKAN

www.sfog.se

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi är en förening för alla läkare som är verksamma inom specialiteten, specialister såväl som icke-specialister. SFOG är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund och den äldsta sektionen inom Svenska Läkaresällskapet.

Alla medlemmar i SFOG är anslutna till Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG) och Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) samt European Board and College of Obstetricians and Gynecologists (EBCOG). Som SFOG medlem bör man vara medlem i Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet.

I Medlemsbladet, som publiceras fem nummer per år, dryftas angelägenheter som berör specialiteten. Där annonseras också fortbildningskurser, möten och symposier. Man får också ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, som utkommer med 9-12 nummer per år.

Föreningen har ett antal arbets- och referensgrupper (AR-Grupper) som är öppna för alla. Dessa grupper bevakar olika delar av specialiteten, ger ut ARG-rapporter och medverkar till vidareutbildning. Som medlem i SFOG är man abonnent på ARG-rapporterna till en reducerad kostnad (400:-/år).

Årsavgiften till föreningen är 800 kronor. Prenumeration på ARG-rapporter är avdragsgill i deklarationen. I och med Din anmälan registreras Du i SFOGs medlemsregister. (Avgiften gäller endast medlemskap i SFOG)

För medlemmar i SFOG anordnas fortbildningskurser. SFOG ansvarar för det vetenskapliga programmet inom obstetrik och gynekologi vid den medicinska riksstämman.

De flesta som söker nytt medlemskap är fortfarande under utbildning.

Obstetriker/Gynekologer under Utbildning – (OGU) är en av flera intressegrupper inom SFOG. OGU vänder sig till alla under specialistutbildning men även till vikarierande yngre kolleger med intresse för specialiteten och yngre specialister. Aktiviteterna går bl a ut på att bevaka specialistutbildningens utformning och innehåll, att försöka underlätta för internationellt utbyte som del av utbildningen och att arrangera en årlig konferens för utbildning och debatt om utbildningsfrågor inom specialiteten.

Bli medlem i SFOG, så kan Du hålla Dig välinformerad om vad som händer inom Din specialitet.

Anmäl dig via SFOGs hemsida, www.sfog.se, Medlemsansökan

FÖLJANDE ARG-RAPPORTER FINNS ATT BESTÄLLA VIA SFOG:s HEMSIDA www.sfog.se

Nr 1-36, 43, 44, 49 och 57 har utgått

<i>Titel</i>	<i>Utgivningsår</i>	<i>Pris/st exkl. moms, porto & exp.avg 80:-</i>
Nr 39 Kvinnlig urininkontinens	1998	100:-
Nr 40 Ungdomsgynekologi	1999	100:-
Nr 41 Cancer, Graviditet och Fertilitet	1999	100:-
Nr 42 Gynekologisk ultraljudsdiagnostik	2000	100:-
Nr 45 Gynekologisk endoskopi - del 2	2001	100:-
Nr 46 Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling	2001	100:-
Nr 47 Intrauterin fosterdöd (IUFD)	2002	100:-
Nr 48 Vulvasjukdomar	2003	100:-
Nr 50 Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi	2004	100:-
Nr 51 Förlossningsrädsla	2004	100:-
Nr 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet	2004	100:-
Nr 53 Brösten	2006	100:-
Nr 54 Inducerad abort	2006	100:-
Nr 55 Obstetriskt ultraljud	2007	100:-
Nr 56 Endometrios	2008	300:-
Nr 58 Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS)	2008	300:-
Nr 59 Mödrahälsovård, Sexuell och reproduktiv Hälsa	2008	300:-
Nr 60 Prolaps	2009	300:-
Nr 61 Hysterektomi vid icke-maligna tillstånd	2009	300:-
Nr 62 Barnafödande och psykisk sjukdom	2009	300:-
Nr 63 Cervixcancerprevention	2010	300:-
Nr 64 Ofrivillig barnlöshet	2010	300:-
Nr 65 Kejsarsnitt	2010	300:-
Nr 66 Hysteroskopi	2010	300:-
Nr 67 Hormonbehandling i klimakteriet	2010	300:-
Nr 68 Hemostasrubbingar inom obstetrik och gynekologi	2012	300:-