

# Medlemsbladet 2

2016

NR



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



***Välkomna till  
SFOG-veckan i Örebro***

## MEDLEMSBLADET

Ansvärlig utgivare: Liselott Andersson  
Tel: 0920-28 03 11, alt vx 0920-28 20 00

Layout: Moniqa Frisell

All korrespondens ställs till föreningen:

SFOG-Kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr  
111 21 Stockholm

Tel: 08-440 01 75

Susanne Lundin och Diana Mickels

E-post: kansliet@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Liselott Andersson

E-post: liselott.andersson@sfog.se

Platsannonser hemsidan: kansliet@sfog.se

SFOGs styrelse 2016:

**Ordförande:** Lotti Helström

KK, Södersjukhuset

Tel: 08-616 10 00

E-post: lotti.helstrom@sfog.se

**Vice ordförande:** Andreas Herbst

VO Kvinnosjukvård, Skånes Universitetssjukhus

Tel: 040-33 20 86

E-post: andreas.herbst@sfog.se

**Facklig sekreterare:**

Helena Kopp Kallner

Tel: 070-440 20 70

E-post: helena.kopp-kallner@ki.se

**Skattmästare:** Bengt Karlsson

KK, Sjukhuset Varberg

Tel: 0340-48 12 56

E-post: bengt.karlsson@sfog.se

**Vetenskaplig sekreterare:** Annika Strandell

KK, SU/Sahlgrenska

Tel: 0700-90 44 54

E-post: annika.strandell@vgregion.se

**ARGUS:** Matts Olovsson

KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

111 21 Stockholm • Tel: 018-611 57 51

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

**Utbildningssekreterare:** Ellika Andolf

Danderyd

E-post: ellika.andolf@ds.se

**Redaktör för Medlemsbladet:**

Liselott Andersson

Sunderby sjukhus, Luleå

Tel: 0920-28 03 11, alt vx 0920-28 20 00

E-post: liselott.andersson@sfog.se

**Ledamot/Webbansvarig:** Lars Ladfors

Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra

Tel: 031-343 57 34

E-post: lars.ladfors@sfog.se

**Ledamot:** Kristina Nordquist

Östersund

E-post: kristina.nordquist@jregion.se

**Ledamot/Yngre representant:**

Paulina Arntyr Hellgren

KK, Universitetssjukhuset Örebro

Tel: 019-602 20 01

E-post:

paulina.arntyr.hellgren@regionorebrolan.se

Tryck: Elanders

ISSN 0284-8031

## — Ordförande har ordet —



### Kära medlemmar!

Jag har fått kritik mot min förra krönika. Man har ifrågasatt SFOGs attityd i abortfrågan.

Svaret är enkelt: SFOG är betongfast i sin syn på fri abort utan någon som helst prövning fram till och med vecka 18 och därefter om synnerliga skäl föreligger och fostret inte kan anses livsdugligt. Denna syn har inte på något sätt förändras på de 45 år som gått sedan SFOG aktivt drev frågan om avskaffande av tvåläkarintyg för beviljande av abort. Kerstin Hagenfeldt, vår första kvinnliga ordförande, berättade för mig häromdagen om hur styrelsen då reste runt till klinikerna och argumenterade för den nya lagen. Frågan som nu debatteras är hur skrivningen om livsduglighet skall tolkas, ingenting annat. SFOG styrelse har begärt att Socialstyrelsen skall utreda det begreppet.

När jag föreläser om abort brukar jag beskriva vår svenska lag som den vackraste och smartast skrivna lagen som finns. Dels föreskriver den att kvinnan är klokare än två läkare när det gäller hennes reproduktiva val, dels har den ingen fix övre gräns i graviditetstid vilket många

andra länders lagar har. Vår lag var också tidig i sitt patientperspektiv, och kan framhållas som ett tidigt exempel på det i den medicinska etiken. Tidigare utgick etiken från läkarens perspektiv, vad som var läkarens plikt, medan man i vår abortlag utgår från kvinnan och synen att det är hon som är klokast i de reproduktiva besluten. Det var också skälet till att två TVÅR-ARG-konferenser på initiativ av ETIK-ARG kom fram till att altruistiskt surrogatmoderskap är att rekommendera: kvinnor är kompetenta att fatta vettiga beslut om sin reproduktion. Slutbetänkandet: Olika vägar till föräldraskap - utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet har kommit (SOU 2016:11, se länk på hemsidan). Utredaren föreslår inte att surrogasi skall införas. Vi är remissinstans och jag ser fram emot många initierade svar från er. Remisstiden är till juni.

Det som är så spännande med att vara gynekolog är att vi befinner oss mitt i livets viktigaste händelser och har att hantera de allra svåraste etiska problemen. Vi har i den positionen stor makt att styra

## I DETTA NUMMER

SNAKS	5
Etik-ARG är på banan igen!	5
Ska vi ta bort tuborna vid hysterektomi på benign indikation?	6
Rättelse i ARG-rapport 74	8
Patientinformation om APC-resistens och Protrombingenmutation	11
OGUs ordförande informerar	13
Nominera till OGU:s handledarpris 2016	16
2016 års Vintermöte i Uppsala	17
Nordsvenska gynekologsällskapets möte	19
Inbjudan till Skrivartävling 2016	24
Jag minns	25
BakreFornix	28

## – Ordförande har ordet

---

patienter i beroendeställning. Det senaste medicinetiska problemet på Karolinska Institutet belyser hur viktigt det är att vi är transparenta och inte låter egenintresse styra.

Riktigt spännande blir det 26 oktober på Läkarsällskapet i Stockholm då vi skall diskutera hur den framtida förlossningsvården skall se ut, med arbetsnamnet *Individualiserad förlossningsvård – vad är det?* i samarbete med Svenska Barnmorskeförbundet. Frågor som skall diskuteras är: Hur ska vi anpassa vården så

att kvinnans/föräldrarnas preferenser ges prioritet utan att säkerheten äventyras? Hur mycket styr vi vården utifrån våra/vårdens behov och hur kan vi ge den födande mera inflytande över vårdens utformning? Vi har kallat in internationell expertis, Julia Cumberlege, och hoppas att hon kommer. Skriv upp datumet redan nu!

Till sist ett stort tack till Uppsala-kliniken som ordnade ett strålande Vintermöte med många spännande föredrag, se även referat i denna tidning!

Vädret i Stockholm är strålande idag. Vintergäcken blommar och båtmässan pågår. Det ljusnar.

Er tillgivna!  
*Lotti Helström*





### Hej!

Efter att i alla år ha flytt från för många möten, föreningar och administration för att prioritera andra saker har jag plötsligt tvingats plöja ett mängd dokument i två dropboxar och bevista ett antal möten. Jag som faktiskt knappt varit inne på SFOGs hemsida (fast jag varit medlem i årat) har fått besvara frågor om var saker ligger på hemsidan och hur regelverket ser ut. Jan Brynhildsen och utbildningsnämnden har varit till ovärderlig hjälp. Stämningen i denna nämnd är vänlig, inspirerande och resultatriktad. Vi hade ett mycket trevligt möte för några dagar sedan när vi lade upp utformningen av ST-examen. Den sker i år i Göteborg mellan den 18-20/5 och består av skriftlig tentamen av de 12 delmålen som finns på checklistorna, OSCE (praktisk examen) och redovisning av ST-arbeten. Det är många som vill göra ST-examen.

I år blir det 53 st. Checklistorna är under revision och kommer att läggas ut så snart de är färdiga. När man skall bestämma vad som skall krävas för att bli specialist måste man vara medveten om att specialisten skall kunna arbeta både på ett universitetssjukhus med många superspecialister och på ett mindre sjukhus där man måste sköta det mesta själv. Det finns också en begränsning i hur mycket man hinner lära sig under ST-tiden. Man är inte obildbar som specialist heller. Det blir alltså en avvägning. Jag är imponerad över den arbetsinsats som alla lägger ner i utbildningsnämnden utan någon egentlig ersättning.

I uppdraget som utbildningssekreterare ingick visst också att sitta med i SFOGs styrelse. Det hade jag nog inte riktigt förstått i alla fall inte omfattningen av uppdraget när jag tackade ja.

Arbetet ger inblick i beslutsvägar och hur vårt arbete regleras. Eftersom juridik alltid varit något jag varit mycket okunnig om har jag konsulterat släktingar som är jurister och också är kunniga om hur man betar sig i en styrelse för att förstå hur jag skall agera.

Sammanfattningsvis mycket arbete men också nya intressanta inblickar, lärdomar och kontakter. Att gå in i nya områden och försöka förstå dem har alltid varit en viktig del i mitt liv.

*Erika Andolf*

# Rapport

## Stiftelsen för Utbildning och Utveckling inom Obstetrik och Gynekologi

Stiftelsen vill kort informera om verksamheten de senaste 12 månaderna. En handkassa på 5 000:- kr har tilldelats varje AR-grupp. 170 000:- kr har efter ansökan specifikt tilldelats sju grupper för arbete med ARG-rapporter och SFOG riktlinjer. Sista året har Stiftelsen också öppnat för anslag till framtagning av ST-kurser. Närmare information om ansökningskriterier och tidigare beviljade anslag finns på hemsidan [www.stiftelsen.org](http://www.stiftelsen.org)

Stiftelsens kapital är idag 3,2 milj. och förvaltas av SEB i en balanserad stiftelsefond med etisk profil. Stiftelsens styrelse

delar också ut anslag från Stiftelsen för utbildning och forskning om övergångsåren. Donationer till Stiftelsen välkomnas. Stiftelsens styrelse består f.n. av ordförande Raymond Lenrick, ARGUS Matts Olovson, nuvarande SFOG-ordförande Lotti Hellström, föregående SFOG-ordförande Harald Almström och OGU:s representant Charlotta Ermark. Stiftelsens årsmöte är i slutet av april. Frågor om Stiftelsen kan ställas till [raymond.lenrick@rjl.se](mailto:raymond.lenrick@rjl.se).

## REDAKTÖRENS RUTA



Semesterhälsningar från Jamaica och er nya redaktör! Jag rekommenderar en djupdykning i detta nummer – vissa ämnen kräver att man går till botten med dem.

*Liselott Andersson*  
Redaktör för SFOGs Medlemsblad

### Följande tider gäller för medlemsbladet 2016:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
3	9 maj	vecka 23
4	9 september	vecka 42
5	7 november	vecka 49

Manus skickas via epost till:  
Redaktör Liselott Andersson

Epost: [liselott.andersson@sfog.se](mailto:liselott.andersson@sfog.se)

Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi Sunderby sjukhus/  
Institutionen för klinisk vetenskap obstetrik och gynekologi  
Umeå universitet • 971 80 Luleå

Telefon: 0920-28 03 11 alternativt sök via växel 0920-28 20 00

Adressändring skall göras till:  
SFOG-Kansliet • Drottninggatan 55 • 111 21 Stockholm  
eller [kansliet@sfog.se](mailto:kansliet@sfog.se)

## *Nya medlemmar*

Marcus Stenberg Ribeiro, Stockholm

Hana Al-Ali, Uppsala

Ellenor Mattelin, Göteborg

Maartje van der Schaaf, Falun

Malin Fischer, Jönköping

Linn Sarac, Halmstad

Nina Wolmesjö, Göteborg

Omar Gunnarsson, Lund

Jan Persson, Lund

Eva Björk Ulfarsdottir, Lund

# SNAKS

– Svenskt Nätverk för Nationella Kliniska Studier inom Ob/Gyn

SNAKS är resultatet av ett uppdrag som skrevs i Medlemsbladet av två av våra professorer, Magnus Westgren och Henrik Hagberg, med syfte att uppmärksamma alla inom vår specialitet på möjligheterna att driva klinisk forskning med hög kvalitet i ett brett nationellt samarbete. Nätverket startade med allmänna intressemöten under 2014 och en styrgrupp bildades under våren 2015. Styrgruppen representeras av företrädare för obstetrik, gynekologi och reproduktionsmedicin, geografiskt av hela landet, universitetskliniker liksom landsortskliniker, samt av både äldre och yngre kollegor som arbetar i vår specialitet. Vilka som är med i styrgruppen ser du på vår hemsida [www.sfog.se](http://www.sfog.se) under Forskning.

En stor majoritet av landets kliniker och enheter som bedriver obstetrik och gynekologi, både offentliga och privata, har aktivt gått med i SNAKS och utsett kontaktpersoner (se hemsidan). Dessa kommer att förmedla information på



respektive klinik om studier som planeras.

Flera studier är på gång. En studie om rökstopp inför operation görs inom GynOp-registret. Induktion v 41 eller v 42 är den första obstetriska studien. Opportunistisk salpingektomi vid hysterektomi på benign indikation planeras som en register-randomiserad studie i GynOp. Läs mer om bakgrunden till den studien på annan plats i detta nummer.

Nätverket har en hög målsättning. Vi har börjat i liten skala och kan expandera i takt med att fler studier kan göras. Vinsterna kan bli stora. Först och främst bidrar detta arbete till att den kliniska vården blir mer evidensbaserad. Stora nationella material har större chans att kunna ge svar på de kliniska frågor som

ställs. Egna resultat är lättare att implementera. Kliniska studier blir en naturlig del av den kliniska vardagen, även på mindre sjukhus som inte har en stark akademisk tradition. För många ST-läkare kan arbetet i nätverket ge material till det obligatoriska vetenskapliga arbetet. Svensk obstetrik och gynekologi kan synas mer genom att studierna presenteras på internationella kongresser och publiceras i välmeriterade vetenskapliga tidskrifter.

Tanken är att studieidéer kan komma från alla kliniker. Studieprotokoll diskuteras tillsammans med styrgruppen innan det är dags för etikansökan. Har du egna idéer om studier, läs mer på hemsidan hur du går tillväga. Och du som verksamhetschef för en klinik som ännu inte gått med i SNAKS, ta kontakt!

För SNAKS styrgrupp  
*Annika Strandell*, sammankallande  
[annika.strandell@vgregion.se](mailto:annika.strandell@vgregion.se)

## Etik-ARG är på banan igen!

Den 26/2 valdes en ny styrelse på två år för Etik-ARG. Ny ordförande är Ingrid Bergelin, Mora, sekreterare Ann-Kristin Rönnberg, Örebro och webmaster Anke Zbikowski, Jönköping.

Etik-ARG kommer under våren att ta del av och diskutera slutbetänkandet av Utredningen om utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet, SOU 2016:11, där bl.a. frågan om surrogatmoderskap tas upp. Vi vill uppmana så många som möjligt av SFOGs medlemmar att ta del av utredningen och bilda sig en uppfattning inför kommande diskussioner i frågan.

Utredningen finns att ladda ner på:

[http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/02/SOU-2016\\_11\\_webb.pdf](http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/02/SOU-2016_11_webb.pdf)

Nästa möte för Etik-ARG är planerat till 18 november 2016.

För Etik-ARG,  
*Ingrid Bergelin*, ordförande

# Ska vi ta bort tuborna vid hysterektomi på benign indikation?

För ett drygt år sedan diskuterade SFOG styrelse om vi borde skriva SFOG riktlinjer för hur tuborna ska hanteras vid hysterektomi på benign indikation. Bakgrunden, som är välkänd för de flesta inom vår specialitet, är att det under det senaste decenniet kommit allt fler studier som talar för att epitelial ovarialcancer uppstår både i tuban och i ovariet. Hypotesen är att de flesta höggradiga serösa adenocarcinom uppstår i distala tuban. Ett flertal endometroid- och klarcellscancer utvecklas troligen från endometriet och endometriosis som genom retrograd menstruation sekundärt involverar ovariet (Kurman et al., 2010, Kindelberger et al., 2007, Kurman et al., 2011). Det skulle teoretiskt kunna innebära att salpingektomi skulle kunna skydda mot framtida ovarialcancer.

SFOGs styrelse ansåg att det var viktigt med en nationell samling kring frågan och att det skrevs riktlinjer baserade på en aktuell systematisk litteraturöversikt. Den litteraturstudien är nu gjord av en grupp gynekologer från Sahlgrenska Universitetssjukhuset under ledning av HTA-centrum (Health Technology Assessment) i Västra Götalandsregionen. Den färdiga rapporten finns att läsa på HTA-centrums hemsida (Google HTA centrum, under Regional Activity-based HTA) (Darelius 2016).

Frågan som ställdes var: Hos vuxna kvinnor som genomgår hysterektomi eller annat abdominellt gynekologiskt ingrepp, kan salpingektomi minska risken för ovarialcancer (inklusive borderline, tubar- och peritonealcancer), påverka överlevnad och hälsorelaterad livskva-

litet, ge komplikationer som t.ex. ökad blödningsmängd, förlänga operationstid och vårdtid samt försämra ovarialfunktionen?

Efter en selektionsprocess från 844 titlar/abstracts var det slutligen två registerstudier som studerade ovarialcancer; en svensk kohortstudie (Falconer 2015) och en dansk fall-kontroll studie (Madsen 2014). Ingen av dessa kunde studera opportunistisk salpingektomi (dvs. borttagande av friska tubor), eftersom det fanns en indikation för ingreppet (dvs. borttagande av patologiska tubor). Den svenska studien jämförde genomgången salpingektomi med ingen kirurgi och fann en justerad hazard kvot (HR) för ovarialcancer på 0,65 med 95 % konfidensintervall 0,52; 0,81. Dessutom redovisades jämförelsen genomgången hysterektomi med ingen kirurgi, varvid justerad HR var 0,79 (0,70; 0,88). Den mest angelägna jämförelsen, hysterektomi med eller utan samtidig salpingektomi redovisades inte pga för få fall. Den danska studien jämförde bilateral salpingektomi med ingen kirurgi och redovisade ett justerat odds kvot för ovarialcancer på 0,58 (0,36; 0,95). Det finns således ingen hysterektomistudie som värderar effekten av samtidig salpingektomi på ovarialcancer.

Övriga utfall, förutom överlevnad och hälsorelaterad livskvalitet, belystes i varierande grad i tio artiklar. Klimakteriesymtom eller tidigarelagd menopaus utvärderades inte i någon studie. Analys av olika surrogatmarkörer för ovarialfunktion avslöjade inga signifikanta skillnader mellan grupperna. En liten randomiserad kontrollerad studie (RCT) på-

visade ingen skillnad i operationstid, medan en mycket stor registerstudie påvisade en ökning av operationstiden på 16 minuter när salpingektomi lades till hysterektomi. Komplikationer, inklusive blödning rapporterades förekomma i 0-19 % och skiljde sig inte mellan grupper där jämförelser med salpingektomi förekom.

Sammantaget var det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att bedöma effekten av en opportunistisk salpingektomi både avseende risken för ovarialcancer och för komplikationer generellt och specifikt för ovarialfunktionen. Därför är det heller inte möjligt att skriva nationella rekommendationer baserat på dagens kunskapsunderlag. Däremot var det tydligt att det finns behov av ytterligare studier. I Sverige har vi en unik möjlighet att göra sådana studier i våra register.

HOPPSA-studien (Hysterektomi och OPPortunistisk SALpingektomi) planeras nu som en register-randomiserad studie (R-RCT) i GynOp. Den drivs i SNAKS (Svenskt nätverk för nationella kliniska studier inom Ob/Gyn) regi och planeras starta under 2016. Det primära syftet är att påvisa att en opportunistisk salpingektomi i samband med en hysterektomi inte innebär en ökad risk för komplikationer, både avseende generella kirurgiska komplikationer, samt specifika komplikationer relaterade till ovarialfunktion, såsom tidigarelagd menopaus. Om det blir en effekt på den framtida incidensen av ovarialcancer, och hur stor den i så fall är, kommer vi inte att veta förrän långt senare. Men kan man visa att opportunistisk salpingektomi inte

gör skada, är det en viktig kunskap att förmedla till kvinnor som ska genomgå hysterektomi och då ta ställning till om de vill få sina tubor bortopererade eller ej.

Att studien görs i GynOp registret innebär en väsentlig förenkling jämfört med andra randomiserade studier. Randomisering sker direkt i registret preoperativt. De kvinnor som inte vill randomiseras kommer att följas upp på samma sätt och kan därmed bidra något till studien baserat på vilket ingrepp de genomgått. Uppföljning sker via systemet med enkäter. Dessa kommer att kompletteras med frågor om menopausymptom enligt validerat formulär och dessutom planeras att införa ett vetenskapligt etablerat sätt att registrera komplikationer enligt Clavien Dindo (Dindo 2004).

För att påvisa att det inte är någon skillnad i komplikationsfrekvens bör 2900 patienter randomiseras i studien.

Sju procent högre komplikationsfrekvens är accepterat som ”ingen skillnad”, dvs. från dagens 30 % totala komplikationsfrekvens vid hysterektomi till 37 %. Det skulle ta två år att rekrytera patienter om samtliga GynOp-registrerade kliniker medverkar och lyckas randomisera dem som uppfyller studiens inklusionskriterier. Följaktligen tar det fyra år om endast hälften av tillgängliga patienter randomiseras. Alla kliniker som registrerar sina operationer i GynOp kan vara med i studien från början. Information kommer att gå ut via SNAKS kontaktpersoner. Det är en förhoppning att framöver även kunna inkludera kliniker som registrerar i Gyn-Kvalitetsregistret (GKR), men det kräver en anpassning avseende randomisering och enkätuppföljning. Det är dock inget som hindrar en GKR-registrerad klinik att vara med från början och registrera dessa patienter parallellt i GynOp.

Information om studien kommer att finnas på SFOGs hemsida under

Forskning/ SNAKS. Efter etikprövning kommer studieprotokoll och etikansökan att finnas tillgängliga för SFOGs medlemmar, dvs. efter inloggning.

Så låt oss alla opererande gynkliniker i Sverige samlas kring denna viktiga uppgift; att undersöka förutsättningarna för opportunistisk salpingektomi vid hysterektomi. Målsättningen är att alla kliniker kommer att bidra till rekryteringen. Ju snabbare rekrytering, desto snabbare får vi svar och desto snabbare kan vi ge våra patienter en bra information.

Nästa studie som planeras kommer att undersöka förutsättningarna för opportunistisk salpingektomi vid sterilisering.

Boka in SFOG-veckan i Örebro 29 augusti-1 september. Då kommer vi att ha informationsmöte om HOPPSA-studien. Det gäller alla SNAKS kontaktpersoner, alla som gör hysterektomier och registrerar i antingen GynOp eller GKR samt alla andra intresserade!

## Referenser

Kurman RJ, Shih IM. The Origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer—a proposed unifying theory. *Am J Surg Pathol*. 2010 Mar;34(3):433-43.

Kindelberger DW, Lee Y, Miron A, Hirsch MS, Feltmate C, Medeiros F, Callahan MJ, Garner EO, Gordon RW, Birch C, Berkowitz RS. Intraepithelial carcinoma of the fimbria and pelvic serous carcinoma: evidence for a causal relationship. *Am J Surg Pathol*. 2007 Feb 1;31(2):161-9.

Kurman RJ, Shih IM. Molecular pathogenesis and extraovarian origin of epithelial ovarian cancer—shifting the paradigm. *Hum Pathol*. 2011 Jul 31;42(7):918-31.

Darelius A, Freadrich K, Kristjansdottir B, Lycke M, Persson J, Strandell A, Sundfeldt K, Svanberg T, Kindblom JM. Does salpingectomy reduce the risk of ovarian cancer? [Minskar salpingektomi risken för ovarialcancer?]. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum; 2016. Regional activity-based HTA 2016:86 Tillgänglig från:

<https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/HTA-centrum/HTA-rapporter/HTA-rapport%20MRgFUS%202015-10-20%20till%20publicering.pdf>

Falconer H, Yin L, Gronberg H, Altman D. Ovarian cancer risk after salpingectomy: a nationwide population-based study. *J Natl Cancer Inst*. 2015;107(2).

Madsen C, Baandrup L, Dehlendorff C, Kjaer SK. Tubal ligation and salpingectomy and the risk of epithelial ovarian cancer and borderline ovarian tumors: a nationwide case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(1):86-94.

Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004 Aug;240(2):205-13.

## Författare:

*Annika Strandell*<sup>1,2</sup>, docent, överläkare

*Anna Darelius*<sup>1</sup>, ST-läkare

*Henrik Falconer*<sup>3</sup>, docent, överläkare

*Björg Kristjansdottir*<sup>1</sup>, med.dr., överläkare

*Maria Lycke*<sup>1</sup>, specialistläkare

*Karin Sundfeldt*<sup>1</sup>, professor, överläkare

1 Kvinnosjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

2 HTA-centrum, Västra Götalandsregionen

3 Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset



# **Rättelse i ARG-rapport 74 Graviditetsimmunisering**

Tyvärr blev det lite fel i Appendix 4 så här kommer den rätta versionen.

# Appendix 4

## Patientinformation

### – Erytrocytimmunisering under graviditet

Denna information är till för dig som är gravid och har fått veta att du är immuniserad. Det innebär att ditt blod innehåller antikroppar som kan ha betydelse för det väntade barnet. Du kan ha blivit immuniserad vid graviditet eller efter en blodtransfusion. För att du ska få information och känna trygghet under din graviditet rekommenderar vi att du läser igenom informationsbladet.

Du kommer att via en Specialistmödravård kontrolleras fram till förlossningen och få information om hur immuniseringen eventuellt kan påverka din graviditet. I de flesta fall är immuniseringen mild och påverkar inte barnet alls men i enstaka fall kan immuniseringen bli svår och barnet drabbas av blodbrist.

#### Vad är erytrocytimmunisering?

På de röda blodkropparna (erytrocyterna) sitter olika ämnen på ytan, så kallade antigen. Det finns hundratals olika blodgruppsantigen och de mest kända finns inom ABO-systemet och Rhesus- (Rh)systemet. Vid erytrocytimmunisering har det bildats antikroppar som är riktade mot något antigen på de röda blodkropparnas yta (erytrocytantigen). Hos ca 1 procent av de gravida ses antikroppar mot erytrocyter. Under graviditeten erbjuds alla gravida kvinnor i Sverige att det tas blodprov för kontroll av eventuell förekomst av erytrocytantikroppar. Blodprov tas ca graviditetsvecka 10 och 28.

Tabell 1. Exempel på erytrocytantigen

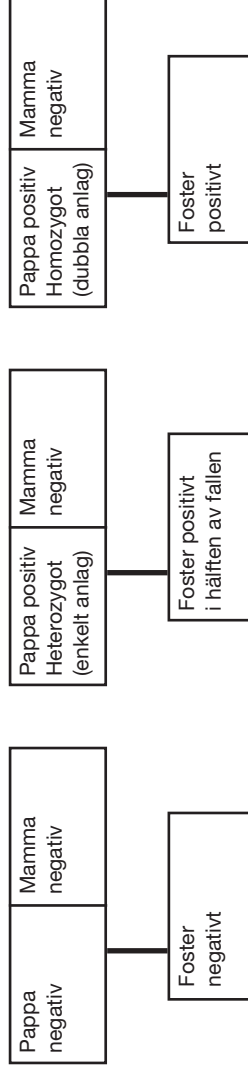
System	Rhesus	Kell	Duffy	Kidd	MNS
Antigen	D	K	Fy <sup>a</sup>	Jk <sup>a</sup>	M
	C	k	Fy <sup>b</sup>	Jk <sup>b</sup>	N
	c				S
	E				s

Oberoende av vilket antigen mamman är immuniserad mot (=har antikroppar mot) gäller samma princip. Det finns fler erytrocytantigen än de i tabellen men förekommer mer sällan

#### Arvsanlag

En individ ärver två anlag för varje antigen, ett från sin mamma och ett från sin pappa. Om man ärver två likadana anlag är man homozygot för anlaget. Om man ärver två olika anlag är man heterozygot. Om man inte har anlaget är man negativ för anlaget.

Figur 1. Erytrocytantigen hos ett foster och dess föräldrar



Om man är positiv finns antigenet på ytan av de röda blodkropparna. Om man är negativ saknas antigenet på de röda blodkropparna. En negativ kvinnas foster kan vara positivt genom arv från fadern. Den gravida kvinnan är alltid negativ för det antigen hon har bildat antikroppar mot.

#### Bedömning av arvsanlag:

- Om pappans blodkroppar saknar antigenet är det ingen fara för fostret. Eftersom båda föräldrarna saknar antigenet kan inte barnet ha ärvt det. Antikropparna hos mamman kan inte påverka fostrets blodkroppar och saknar betydelse. Inga ytterligare kontroller är då nödvändiga.
- Om pappans blodkroppar bär det aktuella antigenet kan han vara homozygot eller heterozygot för antigenet.
- Om pappan är heterozygot (enkelt anlag) är det 50 procent möjlighet att barnet ärvt det aktuella antigenet. Man kan för vissa antigen (D, K, c) bestämma om så är fallet genom ett blodprov på mamman och analysera fostrets arvsanlag för antigenet.
- Om pappan är homozygot (dubbla anlag) har barnet med säkerhet ärvt anlaget och antikropparna hos modern kan komma att ha betydelse för det väntade barnet.

#### Betydelse

Om röda blodkroppar med antigen som saknas på en kvinnas egna blodkroppar, via moderkakan kommer över från fostret till mamman, bildar hennes immunförsvaret antikroppar mot det främmande antigenet, s.k. erytrocytantikroppar. Mamman kan också ha antikroppar som bildats innan hon blev gravid till exempel om hon fått blod eller vid en tidigare graviditet. Antikroppar som mammans immunsystem har bildat kan finnas kvar i kroppen i många år.

Under en graviditet kan kvinnans antikroppar passera till fostret via moderkakan. Om fostret är positivt, (d.v.s. fostrets röda blodkroppar bär det antigen som mammans antikroppar är riktade mot), binds de överförda antikropparna till fostrets röda blodkroppar vilket leder till att de förstörs, hemolyseras. Det kan leda till blodbrist hos fostret (se Figur 2).

Vanligen har mamman endast låg koncentration av antikroppar i blodet, d.v.s. immuniseringen är oftast lindrig. Eftersom fostret själv kan kompensera nedbrytningen av röda blodkroppar genom att öka sin nybildning av röda blodkroppar till långt över det normala är hemolysen i dessa fall så liten att det saknar betydelse. De flesta barn till immuniserade mödrar föds därför med normalt eller endast lätt sänkt blodvärde. I de

enstaka fall när koncentrationen av antikroppar är hög eller kraftigt stigande under graviditeten kan hemolysen bli så uttalad att fostret kan få allvarlig blodbrist. För att förhindra en mer uttalad immunisering vill man undvika att mamman går över tiden och därför brukar förlossningen sättas igång i fullgången tid om mamman inte blivit förlöst dessförinnan.

## Behandling

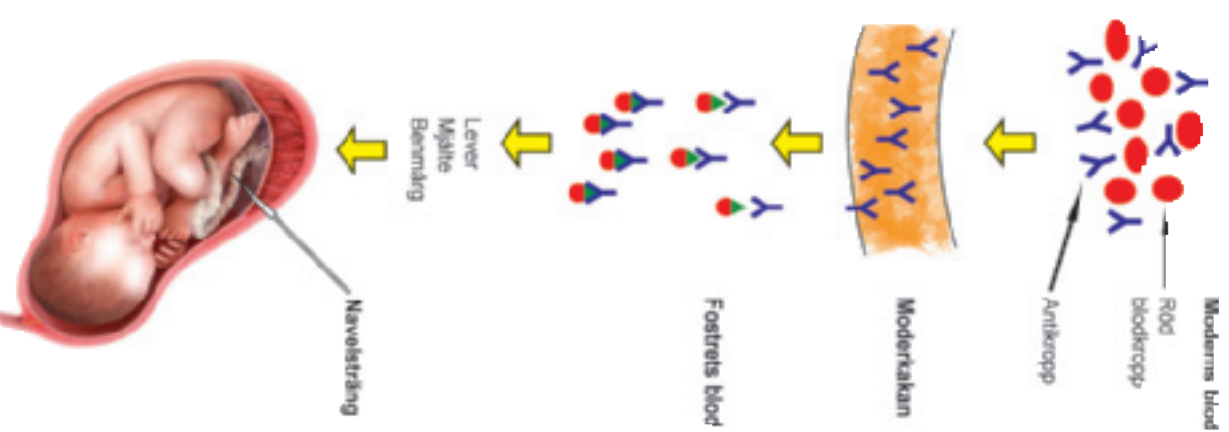
Det finns inget sätt att behandla en redan immuniserad kvinna som blir gravid. Man måste istället bedöma risken för allvarlig immunisering och vid behov kontrollera fostret. Immunisering mot röda blodkroppar har endast betydelse om mamman väntar ett barn vars blodkroppar bär det antigen som antikropparna är riktade mot. Vid immunisering bör man därför försöka ta reda på om barnets blodkroppar bär det aktuella antigenet. Det kan för vissa antigen (D, K, c) göras via blodprov på mamman eller indirekt via kontroll av pappans arvsanlag för det aktuella antigenet - se Figur 1.

I sällsynta fall är immuniseringen svår, d.v.s. mamman har höga halter av antikroppar eller halten stiger snabbt. Fostret kan då riskera att få allvarlig blodbrist. I mycket svåra fall kan fostrets egna kompensationsmekanismer vara otillräckliga och tillståndet kan bli livshotande för fostret. Eftersom antikropparna går över från modern till fostret främst under senare delen av graviditeten förekommer risken för allvarlig påverkan hos fostret framför allt först efter graviditetsvecka 24 eller senare. Vid misstanke om allvarlig immunisering kontrolleras fostret med ultraljud och eventuellt behöver man ta blodprov från navelsträngen för att bestämma fostrets blodvärde. Tillvägagångssättet kan jämföras med fostervattenprov och görs med vägledning av ultraljud. Om fostret har uttalad blodbrist kan det behandlas med blodtransfusion till fostret i livmodern genom navelvenen. Behandlingen behöver upprepas ungefär var annan vecka fram till förlossning. Om det krävs behandling med provtagning och transfusion via navelsträngen till fostret remitteras mamman till Stockholm där riksspecialitet finns för dessa behandlingar. Vid svår immunisering brukar förlossningen ske ca 3 veckor före beräknad tid.

Efter förlossningen kontrollerar man barnet för hur mycket och snabbt de röda blodkropparna eventuellt fortsätter att falla sönder, hemolyseras. Detta görs bland annat genom kontroll av nedbrytningsprodukten bilirubin. Höga halter av bilirubin kan vara skadligt för barnet som nyfödd men med UV-behandling (justering) bryts bilirubin ned i kroppen. Vid mild till måttlig immunisering räcker ofta UV-behandling för barnet, vissa barnetv ingen behandling alls. Vid svår immunisering behöver man ibland byta blod på barnet, framför allt om mamman bildat mycket höga halter av antikroppar som hunnit passera över till barnet. Man ersätter då barnets antikroppsbeklädda röda blodkroppar med negativa blodkroppar och sköljer ut bilirubinet.

Med dagens screening, övervakning och behandling klarar sig praktiskt taget alla levande födda barn till immuniserade kvinnor bra och får inga bestående men.

Figur 2. Vad händer vid graviditetsimmunisering?



I moderns blod finns antikroppar mot fostrets röda blodkroppar. Dessa kan ha bildats under nuvarande graviditet på grund av att blod kommit över från fostret till modern, eller modern kan redan tidigare ha bildat antikroppar i samband med tidigare graviditet eller blodtransfusion.

Antikroppar passerar via moderkakan till fostret

Antikroppar binds till fostrets röda blodkroppar

Fostrets antikroppsbärande röda blodkroppar sönderdelas i dess lever, mjälte och bärning. Detta kan leda till blodbrist hos barnet.

De flesta foster kan öka sin egen blodbildning och på detta sätt kompensera för sönderdelning av röda blodkroppar. Situationen är stabil och barnet kan födas i fullgången tid.

I enstaka fall kan blodbristen bli så allvarig att fostret riskerar att påverkas. Fostret kontrolleras med ultraljud. Man kan behöva ta prov från navelsträngen för att mäta graden av blodbrist och samtidigt ge fostret blodtransfusion innan födseln.

# Patientinformation om APC-resistens och Protrombingenmutation

Efter diskussion mellan Hem-ARG och FARG avseende en svårtolkad formulering i patientinformationen avseende APC-resistens från 2015 så ligger nu en uppdaterad version på SFOGs hemsida. Förhoppningen är att den är mer tydlig och kan komma till nytta i det kliniska arbetet. Hem-ARG har även tagit fram en patientinformation för

kvinnor med protrombingenmutation som nu också ligger på hemsidan.

Stockholm 160310  
Anna Hagman, ordförande Hem-ARG  
Ragnhild Hjertberg, sekreterare Hem-ARG

Patient:.....

Faktor V Leiden mutation har påvisats i prov datum .....

Anlaget är i enkel (heterozygot) form  
dubbel (homozygot) form

Ansvarig läkare.....

## Patientinformation om ärftlig APC– resistens (Faktor V Leiden mutation)

### Vad är ärftlig APC-resistens?

Ärftlig APC (aktiverat protein C)-resistens, upptäckt 1994, är ett tillstånd som medför att blodet lättare leverar sig och därigenom ökas risken för att bilda venösa blodproppar (ventrombos). Propparna är oftast lokaliserade till blodkärl i benen, men kan även uppträda på andra ställen. Ärftlig APC-resistens ger ingen ökad risk för arteriella blodproppar såsom hjärtinfarkt eller ”propp till hjärnan” (stroke).

Tillståndet kan förekomma med enkelt eller dubbelt anlag, d.v.s. ärvd från en eller båda föräldrarna. Den enkla formen förekommer hos 10 % av Sveriges befolkning medan den dubbla formen finns hos 0,5 %. Vid enkelt anlag ökar risken att bilda blodpropp 5 gånger. Vid dubbelt anlag ökar risken 50 gånger.

### Hur kan man undvika att få blodpropp?

Blodproppar bildas oftast i närvaro av ytterligare någon riskfaktor förutom APC-resistens. Exempel på sådana är: egen tidigare genomgången blodpropp, blodpropp hos nära släkting, preventivmedel innehållande östrogen, graviditet, östrogen som klimakteriebehandling, övervikt, svår sjukdom, operationer, immobilisering t.ex. gipsning samt långvarigt stillasittande t.ex. vid resor.

Kvinnor med enkelt anlag avråds från att använda kombinerade p-piller, men en individuell bedömning måste göras. Kvinnor med dubbelt anlag samt kvinnor med tidigare blodpropp skall helt undvika östrogenpreparat. Hormonspiral, samt depåpreparat och tabletter utan östrogen kan användas.

Vid graviditet skall du tidigt kontakta din mödravårdcentral och informera om din APC-resistens då det kan innebära att du skall ha blodproppsförebyggande medicinering.

Vid operationer, gipsning av ben eller om du blir långvarigt sängliggande skall du informera om din APC-resistens.

Vid långa resor bör du röra på benen så att benmuskulerna, särskilt i vaderna, får arbeta. Knähöga stödstrumpor utgör ett gott skydd mot blodpropp och kan köpas på apotek eller i sjukvårdsaffär.

Ditt barn ärver ett anlag avseende faktor V från dig och ett från din man. Det finns inga generella riktlinjer för huruvida barn till föräldrar med ärftlig APC-resistens skall testas.

### Symptom på blodpropp

Vanliga symptom är smärter i ben eller svullnad, ibland rodnad eller värmeökning. Bröstsmärtor eller plötslig andnöd utan någon påtaglig orsak. Sök genast sjukvård om du misstänker blodpropp.

### Spara detta meddelande för eventuella framtida kontakter med sjukvården.

Arbetsgruppen för Hemostasrubbingar, Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi 2016

Patient:.....

Protrombingenmutation har påvisats i prov datum .....

Anlaget är i enkel (heterozygot) form  
dubbel (homozygot) form

Ansvarig läkare.....

## Patientinformation om Protrombingenmutation

### Vad är Protrombingenmutation?

Protrombingenmutation, upptäckt 1996, är ett tillstånd som medför att blodet lättare lever sig och därigenom ökas risken för att bilda venösa blodproppar (ventrombos). Propparna är oftast lokaliserade till blodkärl i benen, men kan även uppträda på andra ställen. Tillståndet kan förekomma med enkelt eller dubbelt anlag, d.v.s. ärvd från en eller båda föräldrarna. Den enkla formen förekommer hos 2 % av Sveriges befolkning medan den dubbla formen finns hos 0,1 %. Vid enkelt anlag ökar risken att bilda blodpropp 5 gånger. Vid dubbelt anlag ökar risken 50 gånger.

### Hur kan man undvika att få blodpropp?

Blodproppar bildas oftast i närvaro av ytterligare någon riskfaktor förutom protrombingenmutation. Exempel på sådana är: egen tidigare genomgången blodpropp, blodpropp hos nära släkting, preventivmedel innehållande östrogen, graviditet, östrogen som klimakteriebehandling, övervikt, svår sjukdom, operationer, immobilisering t.ex. gipsning samt långvarigt stillasittande t.ex. vid resor.

Kvinnor med enkelt anlag avrådes från kombinerade p-piller. En individuell bedömning måste göras. Kvinnor med dubbelt anlag samt kvinnor med tidigare blodpropp skall helt undvika östrogenpreparat. Hormonspiral, samt depåpreparat och tablett utan östrogen kan användas.

Vid graviditet skall du tidigt kontakta din mödravårdcentral och informera om din protrombingenmutation då det kan innebära att du skall ha blodproppsförebyggande medicinering.

Vid operationer, gipsning av ben eller om du blir långvarigt sängliggande skall du informera om din protrombingenmutation.

Vid långa resor bör du röra på benen så att benmusklerna, särskilt i vaderna, får arbeta. Knähöga stödstrumpor utgör ett gott skydd mot blodpropp och kan köpas på apotek eller i sjukvårdsaffär.

Ditt barn ärver ett anlag avseende protrombingen från dig och ett från din man. Det finns inga generella riktlinjer för huruvida barn till föräldrar med protrombingenmutation skall testas.

### Symptom på blodpropp

Vanligaste symptomen är smärtor i ben eller svullnad, ibland rodnad eller värmeökning. Bröstsmärtor eller plötslig andnöd utan någon påtaglig orsak. Sök genast sjukvård om du misstänker blodpropp.

### Spara detta meddelande för eventuella framtida kontakter med sjukvården.

Arbetsgruppen för Hemostasrubbingar, Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi 2016



## OGUs ordförande informerar

*Kära medlemmar och kollegor,*

Mina två år som OGUs ordförande börjar närma sig sitt slut och jag vill börja med att tacka för möjligheten och förtroendet. Det har varit två mycket spännande och utvecklande år. Jag kom in i en styrelse som inspirerade av Danmark hade dragit igång kampanjen ”Ge kniven vidare” med syftet att bidra till en strukturerad kirurgisk träning.

Som led i det arbetet spred vi ”Gynsatsningen”, en modell från Falun för strukturerad kirurgisk träning. På årsmötet där jag tog över som ny ordförande visade det sig att detta var någonting som våra medlemmar önskade att vi skulle fortsätta arbeta med.

En av de viktigaste principer som vi i styrelsen har arbetat efter är att om man vill få till en riktig förändring, så räcker det inte att skriva en text eller ordna ett symposium, man måste nöta, nöta och nöta, under många års tid. När man väl nått ett mål gäller det att där inte luta sig tillbaka utan fortsätta med utvecklings- och förbättringsarbete. Jag har varit noggrann med att på varje verksamhetsmöte, inför landets verksamhetschefer och professorer, lyfta vikten av en strukturerad kirurgisk träning. Vi har haft flertal texter och enkätresultat som berör den kirurgiska träningen som vi publicerat i medlemsbladet, och vi har haft uppe ämnet på symposium på både OGU-dagarna och SFOG-veckan. Det som glädjer oss mycket och som har varit ett av våra största mål är att kursen ”Basal kirurgisk teknik” kommer att finnas med i det obligatoriska kurspaket som SFOG kommer

att erbjuda. Vi i OGU har fått förtroendet att ta fram ett kursplansförslag till den kursen. Strukturerad kirurgisk träning var ett av temafrågorna på OGU-enkäten 2016 som i år även gick ut till specialister och resultatet från den kommer att presenteras i höst.

En strukturerad kirurgisk träning är ett hett ämne inom hela Norden. Inom NFYOG fortsätter arbetet med att utveckla och harmonisera den laparoskopiska träningen inom ST-utbildningarna i Norden. Detaljer om projektet får du höra under OGU dagarna i Malmö. OGU kommer att fortsätta driva denna fråga och vi är glada och tacksamma för feedback och respons från alla kollegor på vårt arbete.

En annan viktig fråga som ligger mig och många andra varmt om hjärtat är hur vi kan skapa strukturer för att få fler forskande läkare. Tillsammans med SFOG som också värnar denna fråga, ordnade vi ett symposium med detta tema på SFOG-veckan 2015 och målet är att fortsätta driva frågan och sätta upp den på agendan. Detta var det andra temat i OGU-enkäten 2016 och det ska bli väldigt spännande att följa OGUs och SFOGs fortsatta arbete med denna fråga som är helt grundläggande för vår profession och kvalitet på den vård som bedrivs.

En tredje viktig fråga för ST-utbildningens kvalitet är vårdens förmåga att anpassa sig till förändringar inom vården såsom privatisering, centralisering etc. SYLF har gjort en fantastisk insats genom

att ta fram rapporten ”ST i en föränderlig värld” och vi har inom OGU påbörjat en dialog med dem för att göra det vi kan för att bidra till det arbetet. Utmaningen blir att få en spridning till politiker och andra beslutsfattare som tecknar vårdavtal att inte glömma bort ansvaret för och vikten av en stabil och strukturerad ST utbildning.

På ett personligt plan har dessa två år varit en tacksam möjlighet att öva ledarskap. Mitt mål har varit att skapa ett effektivt team genom att få varje styrelsemedlem att känna sig betydelsefull, kompetent och trygg. Det har varit en nästan fuskigt enkel uppgift med tanke på att styrelsen består av nio andra oerhört ambitiösa och drivna kollegor.

Det är nu med varm hand som jag lämnar över stafettpippen till den nya styrelsen som jag är övertygad om kommer att göra ett fantastiskt jobb med att fortsätta driva arbetet för en ST-utbildning i världsklass!

Väl mött på OGU-dagarna i Malmö!

Er Ordförande  
*Mahsa Nordqvist*



**Välkomna till Malmö  
OGU-dagarna 2016, 18-19 april  
Vulva Delmål 8 (10, 12)**

**Program:**  
STI-*Carina Bjartling*  
Benigna tillstånd i vulva- *Martin Stjernkvist*  
Precancerösa och maligna tillstånd i vulva- *Gunell Lindell*  
Sexologi: Why not? - *Helena Cewers*  
Vulvasmärta- *Christina Rydberg*  
Kvinnlig omskärelse- *Sara Jonsdotter*  
Medicinska aspekter på kvinnlig omskärelse- *Birgitta Essén*  
OGU-symposium- Kirurgisk träning, var står vi?

Anmäl dig på: <http://www.conferencemanager.se/OGUdagarna2016>  
(från den 15/1-15/3)



# Program

## OGU-dagarna i Malmö

### 18-19 april 2016

#### DAG 1

- 09.30**      **Introduktion**
- 09.45**      **STI (flytningar, wet smear, bakteriell vaginos, provtagning, behandling, smittskydd mm)**  
*Carina Bjartling, överläkare Kvinnokliniken SUS Skånes universitetssjukhus*
- 10.30**      **Fika och utställare**
- 11.00**      **Benigna tillstånd i vulva (candida, vulvaklåda, Lichen scleros, Bartholinit, dermatoser, rekonstruktioner mm)**  
*Martin Stjernquist, professor Kvinnokliniken SUS Skånes universitetssjukhus.*
- 11.45**      **Lunch**
- 12.45**      **Precancerösa och maligna tillstånd i vulva**  
*Gunnel Lindell, överläkare Kvinnokliniken Länssjukhuset i Kalmar*
- 13.30**      **Paus**
- 13.45**      **"Omskärelse av flickor – fakta och myter"**  
*Birgitta Essén, professor och gynekolog med inriktning på internationell kvinno- och mödrhälsovård vid Uppsala universitet samt överläkare vid Akademiska sjukhuset, Uppsala och Sara Jonsdotter, professor i medicinsk antropologi vid Malmö Högskola*
- 14.30**      **Fika och utställare**
- 15.00-15.45** **"Oskuld och mödomen – fakta och myter"**  
*Birgitta Essén, professor och gynekolog med inriktning på internationell kvinno- och mödrhälsovård vid Uppsala universitet samt överläkare vid Akademiska sjukhuset, Uppsala och Sara Jonsdotter, professor i medicinsk antropologi vid Malmö Högskola*

#### DAG 2

- 08.30**      **Vulvasmärta (vestibulit, vaginism, vulvodyni)**  
*Christina Rydberg, överläkare Kvinnokliniken i Varberg*
- 09.15**      **Utställare**
- 09.30**      **OGU symposium**
- 10.15**      **Fika och utställare**
- 10.45**      **OGUs årsmöte**
- 11.45**      **Lunch**
- 12.45**      **Sexologisk anamnes**  
*Malin Sundler, specialistläkare Kvinnokliniken i Malmö SUS*
- 13.45**      **Fika och utställare**
- 14.15**      **Lust att ha lust**  
*Helena Cewers, leg barnmorska och auktoriserad klinisk sexolog CURA Öresund Malmö*
- 15.15-15.30** **Avslutning**



# Nominera till OGUs handledarpris 2016

Ibland träffar man på kollegor som med sitt goda, rentav enastående, handledarskap gör sig förtjänsta av lite extra uppmärksamhet. Av denna anledning finns OGU-priset. Det är instiftat för att uppmärksamma de som inom ramen för vår specialitet och framförallt vår specialistutbildning uppmuntrar, underlättar och främjar utbildningen av ST-läkare och vikarierande underläkare. 2015 tilldelades Maria Rökaeus, överläkare på gynnottagningen i Alingsås Lasarett, OGU-priset

sitt goda och väl genomtänkta handledarskap inom öppenvårdsgynekologin.

Nu börjar det bli dags att nominera 2016 års pristagare. Skicka in namn på den du/ni vill nominera, tjänsteställe och motivering till Eric Lagerström i OGU-styrelsen senast 14/5 på mail [elagerstr\\_m@hotmail.com](mailto:elagerstr_m@hotmail.com)

Vinnaren av årets handledarpris kommer att tillkännages på banketten på SFOG-veckan i Örebro.



Vill du uppleva den Italienska sjukhusmiljön? Hur ser vardagen ut för en ST-läkare i Torino? Nyfiken på att få ett internationellt perspektiv på OBGYN? Sök ENTOG-utbytet!!

**Var?** Torino, Italien

**När?** 16-19 maj

**Hur?** Kontakta OGUs internationella representant Maja Weinryb [majaweinryb@gmail.com](mailto:majaweinryb@gmail.com) för mer info.

# 2016 års Vintermöte i Uppsala

Vår specialitet har en del stående ljuspunkter under året, och till dem hör Vintermötet. Årets upplaga gick av stapeln i Uppsalas trevliga konserthus, en kall och blötblåsigt januaridag. Programmet lockade med flera intressanta ämnen som alla adresserar dagsaktuella vardagsproblem.

Professor Chrousos' plenarföreläsning om stress var intressant och trevlig att lyssna på. Redan de gamla grekerna förstod att stress inte var hälsosamt och att kroppen och själen strävar efter balans. Professor Chrousos lotsade oss raskt genom komplicerade sammanhang som i sig riskerade att utlösa akut stress när man försökte förstå dem, men knöt ihop säcken elegant kring riskerna med kronisk stress. Det hade varit trevligt att nästa gång få höra fortsättningen om hur man sen ska hantera stressen, men tyvärr led även föreläsningen av lätt akut stress – tiden räckte inte riktigt.

Näst ut på tur var professor Inger Sundström-Poromaa, som alltid briljant, med en redovisning av sin nya studie om humörbiverkan av p-piller. Svaret på frågan om humörbiverkan finns är ja – men det drabbar främst dem som drabbats förut, och risken för humörpåverkan skiljer sig inte signifikant mellan p-piller och placebo. Viktig kunskap att ha med sig när man möter unga kvinnor som är skeptiska till de preventivmetoder vi erbjuder dem!

Vi gynekologer möter många utmaningar, där svårigheten att motivera till säker antikonception är en. En annan är den ökande andelen kvinnor med obesitas som är gravida och föder barn efter fetmakirurgi. Professor Anna Karin Wikström, kirurgen Magnus Sundbom, och epidemiologen Martin Neovius gav oss en bred bakgrund till fetmakirurgi



*Anna Karin Wikström*

(snart har 1% av den svenska befolkningen genomgått operationen!) och vad det innebär för efterföljande graviditet och förlossning. Man kunde visa på väntade fördelar för mamman – mindre diabetes och hypertoni, och för barnet något minskad risk för LGA men också lite ökade risker i form av prematuritet, SGA, eventuellt också fosterdöd. Substitutionsbehandling, generös provtagning, korrekt screening för graviditetsdiabetes (vilken metod som är rätt är inte solklart), tillväxtkontroller och inte minst, vikten av att alltid tänka slits-ileus vid buksmärta hos kvinnor som genomgått fetmakirurgi diskuterades. Kanske kan detta vara ett lämpligt ämne för en SFOG riktlinje eller dito råd på sikt? Mot slutet av föreläsningen räddade epidemiologen kirurgen från den svåra frågan om vilket preventivmedel som han rekommenderade för kvinnor efter fetmakirurgi, genom att raskt svara att han nog trodde att man rekommenderade hormonspiral (det

hade Janne Brynhildsen sagt).

Efter lunchen, som serverades snabbt och smakade bra, fick vi höra om en intressant metod för att komma åt svårbehandlade myom med MR-guidat högfokuserat ultraljud. De båda radiologerna Håkan Ahlström och Catrin von Blenow och överläkare Olle Eriksson berättade om den intressanta metoden som verkar ge goda resultat med relativt låg risk, så länge patienten är tålmodig och klarar av att ligga stilla på mage ett par timmar i stöten. Den passar inte för alla men kan förhoppningsvis bli ett bra tillskott i behandlingsarsenalen framöver. Helt klart är att metoden väckt uppmärksamhet bland patienter i hela landet – jag har själv redan fått frågor om den på gynmottagningen i Gällivare för några veckor sedan.

Nästa ämne var också högaktuellt. Professor Birgitta Essén beskrev sitt arbete inom "antropologisk medicin" i sin föreläsning Kvinnosjukvården möter migranter, fakta och myter, och försökte förklara bakgrunden till många av de missförstånd som uppstår i mötet mellan svensk vård och människor från annan kulturell bakgrund än den de flesta av oss är vana vid. När man själv upplevt frustrationen i den akuta obstetriska situationen där en patient och hennes make båda vägrar ett välbehövligt kejsarsnitt, trots att både kvinnans och barnets liv är i uppenbar fara, så önskar man att man hade haft en kulturtolk – minst lika viktigt som språktolken. Här finns mycket kvar för oss att lära!

Näst sist ut var docent Alkistis Skalkidou som beskrev problematiken kring könsdysfori i Sverige idag. En fin översikt över hur vi ser på kön – biologiskt, hormonellt, anatomiskt, juridiskt, och tilldelat, och hur vi ofta blandar ihop

könsidentitet och sexualitet. I och med att förståelsen i samhället för tillståndet könsdysfori/transsexualism sakta förändras ökar antalet personer som söker hjälp snabbt och vi måste möta upp med kompetent personal i alla led i vården.

Tyvärr var jag tvungen att avvika precis före professor Ulf Högbergs föreläsning, men han var vänlig nog att skicka mig sitt bildspel i alla fall. Jag avundas er som fick höra honom berätta om sina erfarenheter av gynekologi och obstetrik över fyra decennier. Och visst stämmer det citat han hade från William Campbell: "Man måste förstå sambandet mellan framgång och misslyckande. Misslyckandet är ett normalläge, utan misslyckande når man ingen vart".

Dessvärre missade jag även minglet, middagen och dansen efter mötet – men hyser inga tvivel om att även dessa var lika fullmatade och väl sammansatta som 2016 års Vintermöte! Stort tack till arrangörerna för en riktigt trevlig och lärorik dag.

*Anna Pohjanen*  
Norrbotten



*Ulf Högberg m fl.*



*Åsa Lindholm och Britt-Marie Carsjö*



**STIFTELSEN**  
FÖR UTBILDNING  
OCH UTVECKLING  
INOM OBSTETRIK  
OCH GYNEKOLOGI

**Stiftelsen hanterar ansökningar fortlöpande  
under året med besked inom en månad  
(utom sommartid).**

**[www.stiftelsen.org/KK\\_Stiftelsen/Valkommen.html](http://www.stiftelsen.org/KK_Stiftelsen/Valkommen.html)**

# Nordsvenska gynekologsällskapets möte

Nordsvenska gynekologsällskapets årliga möte var denna gång i Sliperiet i Umeå torsdag-fredag 25-26/2.

Sliperiet är en del av Umeås konstnärliga campus, en unik och kreativ miljö vid Umeälven. Saxat från deras hemsida: "Sliperiet är en tvärdisciplinär miljö för samverkan och experimenterande där forskning, undervisning och innovation kan utvecklas. Det är en gränsöverskridande mötesplats med möten mellan konst och vetenskap, mellan discipliner och branscher, mellan akademi och näringsliv, mellan utbildning och samhälle, och mellan nutid och framtid". För oss icke-konstnärliga så är miljön helt makalös.

Innan mötet formellt startade erbjöds en ST-kurs om IVF som hölls av Nils-Gunnar Solensten och Sofia de Sousa Soares.

Efter en inledande historisk beskriv-

ning/tidslinje följde en genomgång av olika behandlingar:

- Ovulationsstimulering med Clomifencitrat, Letrozol, lågdos FSH
- IVF/ICSI
- Frys embryotransfer
- Insemination
- Spermiedonation
- Äggdonation
- Diagnostiska ingrepp (spermieaspiration)
- Fertilitetsbevärande åtgärder

## Torsdag 25/2

### Neurologiska skador efter förlossning

Lars Johan Liedholm

De flesta neurologiska skadorna efter en förlossning går oftast i regress. Bland typfallen av obstetriska pareser/känslbortfall ses "postpartum footdrop", n femo-

ralis-lesion och skada på n cutaneus femoralis lateralis. Ett betryggande budskap var att skadorna nästan aldrig beror på obstetrikern eller anestesiologen. Varningssignaler är vid progress av symptomen, vid smärta efter eller vid anläggande av ryggbedövning, om det finns riskfaktorer hos föderskan (koagulation, HELLP, svår preeklampsi) eller om kvinnan har feber, huvudvärk och/eller nackstelhet. Klinisk undersökning räcker oftast, undantagsvis kan MRT behövas.

### Ovarian Cancer Screening

Professor Usha Menon

Torsdagens eftermiddag inleddes med särskilt inbjudna Dr Usha Menon, Institute for Women's Health, University College London som föreläste under ämnet "Ovarian cancer screening".



Lars Johan Liedholm



Professor Usha Menon

En diger, tät föreläsning där jag försökte göra mitt bästa i att följa med i tydlig brittisk engelska med omisskännlig indisk brytning. Min hjärna hade väl till viss del fått avstå en del av sitt flöde till GI-kanalens företrädare att smälta den lunch som alldeles innan inmundigats.

Professor Menon har i 18 års tid varit verksam i den grupp som sedan 30 år tillbaka haft som uppdrag att arbeta med denna fråga. Resultatet så långt finns publicerat i Lancet 2015.

Hon presenterade definition av screening/tidig upptäckt i ett internationellt perspektiv - personer som har en sjukdom, men ännu inga symtom, samt friska personer som kan löpa ökad risk att utveckla en sjukdom.

Ovarium och tuba slås ofta ihop under begreppet ovarial cancer:

- Malign neoplasm i ovariet
  - o Icke-epitelial
  - o Borderline
  - o Invasiv epitelial
- Malign neoplasm i tuba
- Malign neoplasm i peritoneum samt tecken på ovarium och tuba

Hela Västeuropa har en hög incidens, med en tendens till ökning.

5-års överlevnad 20-45%, 10-års överlevnad 20-35%. De flesta diagnostiseras i stadium III-IV. Om tidigare upptäckt i stadium I-II: skulle det leda till högre överlevnad?

*Problem:* All ovarialcancer är inte densamma.

Resultat av screening på hög- och lågriskpopulationer presenterades.

*Framtid:* Mycket finns ännu att utveckla, följa upp och utvärdera. Årliga kontroller är inte försvarbara utifrån de studier som finns idag. Screening erbjuds inte i UK.

### Multiple sclerosis in relation to sex steroid exposure

*Per Kempe*

Ämnet uppkom som utlöpare ur ett projekt kring menstruell migrän. "Kvinnor med MS blir så bra när de är gravida!" Multipel skleros ingår i gruppen autoimmuna sjukdomar. Autoimmuna sjukdomar drabbar kvinnor i större utsträckning



*Patogenes*

än män. Under graviditet blir de flesta bättre och upplever mindre symtom, däremot första året postpartum ses en riskökning för skov. Kan detta relatera till nivån av könshormoner?

Det har förekommit djurstudier där man studerat östrogen i experimentella former. Etinylestradiol har visats dämpa sjukdom på redan sjuka möss.

*Forskningsfrågor:*

- Har kvinnor med MS som inte använder hormonellt preventivmedel variationer i symtomupplevelse kopplat till menscykeln?
- Upplever kvinnor med MS som använder kombinerat hormonellt preventivmedel (CHC) mer symtom under den "tablettfria" veckan, dvs. under lågöstrogen/gestagen fas än under veckorna med CHC?
- Har längre perioder av hög östrogen/progesteronkoncentration såsom användning av kombinerade p-pillar och graviditeter samband med medelålder vid MS debut?
- Har kvinnor med MS som använder CHC varierande blodkoncentrationer av cytokiner, kemokiner och transkriptionsfaktorer tillhörande olika T celler typer relaterat till hög/låg östrogen/progesteron fas?

*Konklusioner:*

- Kvinnor utan hormonellt preventivmedel rapporterade inga skillnader i symtomupplevelse mellan olika faser i menscykeln (Delarbete I och II).

- Kvinnor med MS som använder CHC rapporterade starkare symtomupplevelse under den tablettfria veckan med låg östrogen- och progesteronnivå (Delarbete I och II).

- Användande av CHC och fullgångna graviditeter innan debut av MS har ett statistiskt samband med högre ålder vid insjuknandet (Delarbete III).

- En generell aktivering av T celler och B celler i perifert blod inträffade under högöstrogen/högprogesteron fas i jämförelse med lågöstrogen/progesteron fas hos kvinnor med MS och hos friska kontroller (Delarbete IV).

770 kvinnor med MS deltog i denna studie. De fick göra egen symtomskattning dagligen i tre månader. Alla kvinnorna stod på behandling med bromsmediciner, då kvinnor med MS idag i stor utsträckning behandlas med bromsmediciner. Utifrån detta förväntade man sig innan studien en minskad aktivitet av signalsubstanser, men i stället såg man ökad aktivitet. Under högöstrogen fas kunde man se ett högre uttryck av mRNA i Th1 och Th2 celler. Man hade förväntat sig kunna se en skillnad av symtomupplevelse under menscykeln, vilket inte kunde bekräftas. Möjligtvis kan detta förklaras av att kvinnor i egen menscykel har mindre svängningar i sina hormonnivåer. Dessutom får man komma ihåg att MS går i skov under någon månad, och sedan är personen utan skov under en period.

En faktor utföll med statistisk signifikans, och det var forskningsfråga tre enligt ovan. Man såg där på sambandet mellan längre perioder av exponering av hög östrogen/progesteronkoncentration och samband med medelålder vid MS debut. För de som inte varit utsatt för exponering var medelåldern 19 år för debut av MS, medan de som varit exponerade hade en medelålder från 24 år och uppåt beroende på exponeringstid.

Svårigheter kvarstår i värdering av en studie av den här sorten, då det inte går att värdera effekten av bromsmediciner i sammanhanget. Det är inte etiskt försvarbart att avstå gängse behandling under en studietid.

Uppföljningstiden torde även behöva vara längre med tanke på sjukdomens skovkaraktär.

### Violence exposure among Swedish youths

*Helena Blom*

Bakgrunden till Helenas avhandling är det faktum att våld är ett internationellt och nationellt folkhälsoproblem (WHO 2005 och Folkhälsorapport 2009), och att unga är särskilt utsatta.

Hon valde att gå in och titta specifikt på hur det ser ut för:

- Ungdomars utsatthet för våld
- Sexuellt våld och samband med sexuell ohälsa/sexuellt riskbeteende
- Våldsutsatthet och samband med mental ohälsa

Informationsinsamling skedde via en enkätstudie "Ungdomar och våld", som

skickades ut till nio ungdomsmottagningar (UM) i landet, samt alla klasser i samtliga gymnasieskolor i Sundsvall 2007.

Som metod användes "The NorVold Abuse Questionnaire". Frågeställningar för självskattning täckande sociodemografiska förhållanden, alkohol och sexuellt beteende.

Vid UM tar man emot ålderskategorin 15-23 år. Här fick man in enkäter från 2250 unga kvinnor och 920 unga män, med svarsfrekvens på 86% respektive 88%. Vid Sundsvalls gymnasieskolor fick man svar från 1658 kvinnor och 1589 män, svarsfrekvens 83% respektive 77%. Våld delades in i tre kategorier: Emotionellt/psykiskt våld, fysiskt våld, sexuell våld. Man ville se om våldsutsatthet skilde sig mellan de som sökte vid UM, och ett tvärsnitt av ungdomar på gymnasieskola.

### Ungdomsmottagning

33% av unga kvinnor uppger att de utsatts för emotionellt/psykiskt våld, 18% fysiskt och 14% sexuellt. Hos de unga kvinnorna kunde man se att de som utsatts för våld i högre grad utsatts för överlappande våld mellan kategorierna. Hos unga män överväger fysiskt våld ensamt. Fysiskt våld uppgavs hos 27%, 18% uppgav att de blivit utsatta för emotionellt/psykiskt våld och 5% sexuellt. Man kunde även se ett starkt samband mellan tidigare våld och psykiskt våld senaste året, lika för unga kvinnor och män. Att ha blivit utsatt för våld är en

stor riskfaktor för att bli det igen.

### Skola

Bilden av våldsutsatthet liknar den vid UM. Överlappande våldsutsatthet – för två eller tre olika typer av våld – är mer uttalat hos unga kvinnor, medan enbart fysiskt våld överväger hos unga män.

### Sammanfattning:

- Samband mellan utsatthet för två eller tre typer av våld och sexuell ohälsa/sexuellt riskbeteende
- Starkt samband mellan utsatthet för två eller tre typer av våld och mental ohälsa

### Take home messages:

- Våldsutsatthet är vanligt bland unga, med tydliga könsskillnader
- Utsatthet för mer än en typ av våld visar samband med mental ohälsa och sexuell ohälsa/sexuellt riskbeteende
- Viktigt att fråga om våldsutsatthet bland unga som söker på UM

Man kunde inte påvisa några tydliga skillnader mellan de som sökte vid UM och gymnasieelever överlag. Inte heller vad gäller sociodemografiska förhållanden. Detta ger stöd för att unga överlag är en utsatt grupp för våld.

Torsdagen avslutades med årsmöte, där det beslutades att befintlig styrelse sitter kvar och att nästa möte sker i Luleå/Sunderbyn, preliminärt februari 2017.

På kvällen avnjöts en trevlig måltid i festvåningen på restaurang Rex. I samband med middagen fick Sigrid Nyberg ta emot priset som hedersmedlem i Nordsvenska gynekologsällskapet.



*Helena Blom*



*Mingel*

## **Fredag 26 februari, förmiddag**

### **Postpartumblödning**

*Margareta Hellgren*

Under 1,5 timmar fick vi veta allt vi behöver veta om postpartumblödningar. En minnesvärd tumregel är erythrocytkoncentrat 4 enheter, plasma 4 enheter, fibrinogen 4 enheter samt trombocyt koncentrat, 1 enhet vid stor obstetrisk blödning.

Vi okunniga fick stifta bekantskap med begreppen TEG (tromboelastografi) och ROTEM för att snabbt kunna bestämma fibrinogennivåer hos patienten. En mycket matnyttig föreläsning!

### **Neonatalt utfall vid vidöppen hjässbjudning**

*Kristina Dahlqvist*

Föreläsningen handlade om ett avhandlingsarbete om en kohort bestående av 35 000 förlossningar under åren 2004-2012 på Uppsala akademisk sjukhus. Inklusionskriterierna var enkelbörd, huvudbjudning, vaginal förlossningsstart i fullgången tid. Utfallsparametrarna var  $\text{pH} < 7,0$ , metabol acidosis eller låg APGAR score. I kohorten låg 4,7% av barnen vidöppet. Av dem föddes 49% normalt (PN), 15 % föddes instrumentellt och 36% föddes med kejsarsnitt. Detta kan jämföras med utfallet vid framtupa bjudning: 86% PN, 8% VE och 6% sectio. Man fann ingen ökad risk för acidemi vid vidöppen hjässbjudning men det fanns en högre andel med lägre APGAR vid fem minuter och högre behov av neonatal vård.

### **Tidig vaginal ultraljudsscreening på obesa gravida**

*Robert Råman*

Robert, som snart är färdig specialist berättade om sitt ST-arbete med drygt 100-talet obesa kvinnor som han själv har undersökt kring graviditetsvecka 13 och vecka 19. Sammantaget går det att se mycket vid vaginal undersökning vecka 13. Jämförelsevis ser man ungefär lika mycket (eller lite) vid båda undersökningstillfällena men vid sammanslagning av båda undersökningarna ser man väldigt mycket! Vi anar en norrbottnisk Nicolaides.



*Sigrid Nyberg*



*Robert Råman*

## Fredag 26 februari, eftermiddag

### Gestagener och hjärnan

*Professor Torbjörn Bäckström*

Torbjörn Bäckström gav en intressant genomgång av de forskningsprojekt som undersökt progesteronmetaboliten allo-pregnanolons effekter på GABA A-receptorn i mänsklig hjärna. Inom några år hoppas man på ett första läkemedel för att behandla något eller några av de tillstånd som är förknippade med dessa mekanismer.

### Könsdysfori och reproduktion

*Sofia de Sousa Soares & Inger Björn*

Sofia de Sousa Soares, specialist vid IVF-kliniken, Umeå och Inger Björn, överläkare, KK Umeå delade med sig av sina erfarenheter av arbetet med transsexuella och fertilitet. Detta är ett högaktuellt ämne nu när sterilisering inte längre är ett obligatorium vid könsbyte.

### Obstetrisk praxis nu och då

*Docent Per Åke Holmgren*

Två fantastiskt fint arrangerade dagar, med en rad intressanta föreläsningar och diskussioner, avslutades med att dr Per Åke Holmgren gav en tillbakablick på ett rikt arbetsliv som obstetiker vid Norrlands Universitetssjukhus. Mycket har förändrats under de decennier som gått, bland annat vårdtider, metoder för att utföra bäckenmätning och inte minst de förändringar som den allt mer avancerade vården av prematura inneburit för obstetiken. Auditoriet fick också höra om ovanliga flerbördsgraviditeter som Per-Åke förlöst; både fyrlingar och femlingar har fått se dagens ljus i dr Holmgrens händer!

### Vid tangenterna:

*Agnes Birner, Fanny Palmgren, Liselott Andersson, Maria Palmquist och Viviann Mattsson*

### Foto:

*Robert Råman, Viviann Mattsson*

Samtliga läkare inom VO obstetrik och gynekologi, Sunderby sjukhus ■



*Professor Torbjörn Bäckström*



*Dysfori*



*Docent Per Åke Holmgren*



# Inbjudan till Skrivartävling 2016

Svenska Föreningen för Medicinsk Psykologi inbjuder till 2016 års skrivartävling för personal inom hälso- och sjukvården

Texten ska beröra det medicinskt-psykologiska området. Vi välkomnar alla slags bidrag som personliga rapporter, litterära texter, filosofiska, human- eller samhällsvetenskapliga rapporter eller undersökningar. Det väsentliga är att texten på ett angeläget sätt belyser vårdrelationer, praktiskt kliniska situationer, etiska och kulturella frågeställningar inom vård och behandling i en tid, som ställer krav på såväl omprövning och förändring som på att bevara det goda och konstruktiva i befintliga former.

*Bidragen får inte tidigare vara publicerade i litterärt eller vetenskapligt sammanhang. Författaren ges stor frihet i ämnesval och utformning av sitt bidrag, som dock inte får överstiga 8 sidor, (1,5 radavstånd).*

Priset för det vinnande bidraget är 6 000 kr. Ytterligare 1-3 bidrag kan få hedersomnämning och pris om 1 500 kr.

De vinnande texterna publiceras i bl.a. Bulletinen för Medicinsk Psykologi, läggs ut på föreningens hemsida och kan komma att publiceras i andra facktidskrifter samt presenteras i professionella fora, t ex Medicinska Riksstämman.. Författarna kommer givetvis att erbjudas medverka för att framföra sina texter vid sådana tillfällen.

Bidragen i *word-format* ska vara registrerade via föreningens hemsida [www.sfmp.se](http://www.sfmp.se) senast den 1 november 2016.

Ytterligare upplysningar fås genom [info@sfmp.se](mailto:info@sfmp.se). På [www.sfmp.se](http://www.sfmp.se) finns också tidigare skrivartävlingsresultat publicerade.

Välkommen med ditt bidrag!

*Skrivarjuryn*



# Jag minns

Jag minns fasan i hennes ögon när hon insåg att hon inget mindes.  
Jag minns ett litet ljud då hon bröt ihop.

Jag minns hennes ljusbruna hy, hennes långa smala armar.  
Jag minns att hon doftade som en blandning av alkohol och blommigt schampo.

Jag minns varje hudmissfärgning på hennes kropp. Jag minns hur hon ömmade i hårbotten när jag undersökte henne.

Jag minns hur hon skakade på handen då hon långsamt klädde av sig. Det kalla ljuset i mitt rum.

Jag minns nagellacket, hur hon rörde sig. Stark och oändligt trasig på samma gång.

Jag minns avgrunden i hennes ögon.

Jag minns när min världsbild rasade än en gång.

Jag minns att hon inget mindes.

Akutmottagningen för våldtagna kvinnor 2013

*Michelle Ek*

## Författarsinstruktioner

Manus skickas via e-post till redaktören:

[liselott.andersson@sfog.se](mailto:liselott.andersson@sfog.se). För att säkerställa att ditt bidrag kommer med i önskat nr - skicka in det i god tid innan manusstopp. Om tveksamheter kontakta redaktören via mail eller SFOGs kansli.

Följande regler underlättar processen.

1. Vi kan ta emot de flesta filer från ordbehandlingsprogram för Mac och PC. Alla tabeller och diagram skickas som separata filer i formatet jpg, tif, eps (Power Point är ett bildvisningsprogram och Excel ett kalkylprogram.) **Skicka inte PDFfiler om de inte är färdiglayoutade och högupplösta.**
2. Gör inga egna avstavningar utan låt texten flöda över automatiskt till nästa rad (detta gäller vare sig om det finns avstavningsprogram eller inte).
3. Gör en blankrad mellan varje nytt stycke.

4. Använd programmets tabuleringsfunktion vid inskrivning av tabeller, inte mellanslagstangenten.

5. Använd inte egen design i texten i form av ovanliga typsnitt, understrykningar, fetstil eller dylikt. Det medför ett avsevärt arbete att leta efter dolda koder i texten. Ange hellre i ett medföljande dokument hur typografin önskas utformad.

6. Kom ihåg att skicka med logotyper och bilder som egna bildfiler. Bilder monterade i World är bara skärmbilder som inte lämpar sig för tryck. Bildfiler bör ha en upplösning på 300 dpi för att göra sig bra i tryck. De flesta typer av bildformat kan tas emot. De vanligaste bildformaten som används i tidningen är jpg, tif eller eps.

7. **Om du tar bilder med digitalkamera, använd kamerans högsta upplösning.** ■



## *Följ med på Privatgynekologernas utbildningsresa! I år går resan till Mallorca 21-25 september*

På programmet:



Överläkare i onkologi Elisabet Lidbrink:  
Hormonbehandling av kvinnor med bröstcancer  
Elisabeth har nyligen utsetts till mottagare av stipendium inom medicin från  
Håkan Mogrens Stiftelse. Hon har fått priset för sina insatser  
för mänskligt välbefinnande.



Överläkare i gynekologi och allmänpsykiatri Lena Moegelin:  
HBTQ i gynekologisk vård. Fertilitetsutredning av samkönade par



Medicinsk rådgivare docent Lena Marions:  
Aktuellt inom reproduktiv hälsa  
Socialstyrelsens nya rekommendationer för gynekologiska hälsokontrollen



Dessutom bidrag från specialister inom föreningen



Mer information, detaljerat program och anmälan via hemsidan [www.privatgynekologerna.se](http://www.privatgynekologerna.se)  
(kan också nås via SFOGs hemsida)

**Anmälan senast 15 april 2016**



Alla öppenvårdsgynekologer är välkomna oavsett anställningsform!

Välkomna önskar styrelsen och resegruppen  
*Ilona Barnard, Johanna Andersson, Jennie Stolt, Katarina Hellgren, Katarina Johansson*

# *Valedictory Symposium*

in honor of

**Professor Lil Valentin**

**Friday May 20,**

**Jubileumsaulan, Plan 1, Jan Waldenströms gata 5,**

**Skånes Universitetssjukhus, Malmö**

**Speakers:** Prof. Dirk Timmerman, Prof. Antonia Testa, Prof. Luca Savelli, Prof. Harm-Gerd Blass, Prof. Stuart Campbell, Prof. Davor Jurkovic, Prof. Sturla Eik-Nes, Prof Thierry van den Bosh, Assoc. Prof. Elisabeth Epstein, Dr Marianne Stark.

The symposium will be followed by a celebration dinner at cost price.  
For registration and more information please contact [Anne.Lill@skane.se](mailto:Anne.Lill@skane.se)

**09:15 - 10:00 Gathering, coffee**

10:00 - 10:10 Introduction

*Pia Teleman and Karel Marsál*

10:10 - 10:40 IOTA and IETA: Celebrating 20 years multicentre research in gynaecological ultrasonography

*Dirk Timmerman*

10:40 - 11:10 On a journey together

*Antonia Testa*

11:10 - 11:40 Ultrasound in the diagnosis of endometriosis (including endometriomas, DIE and other associated disease). How to scan a woman with endometriosis.

*Luca Savelli*

11:40 - 12:10 The long journey to consensus about the terminology to describe the sonographic features of the uterus

*Thierry van den Bosch*

**12:10 - 13:10 Lunch**

13:10 - 13:40 Ovarian cancer screening - the fat lady sings at last!

*Stuart Campbell*

13:40 - 14:10 The early early pregnancy?

*Harm-Gerd Blass*

14:10 - 14:40 Ultrasound in early pregnancy care: a story of success?

*Davor Jurkovic*

14:40 - 15:10 eSnurra - Population based prediction of GA and EDD.

A paradigm shift for dating the pregnancy.

*Sturla Eik-Nes*

**15:10 - 15:40 Refreshments**

15:40 - 16:10 A fairy tale about the student, the master and the endometrium

*Elisabeth Epstein*

16:10 - 16:40 From 2D endoanal ultrasound to 3D and dynamic pelvic floor ultrasound

*Marianne Stark*

## Bakre Fornix

Köp, sälj, eller byt, varor och tjänster – med en annons når du ca 2000 andra gynekologer. Köp och sälj vad du vill under eget ansvar.

Skicka in din annons per mail till Medlemsbladet, [liselott.andersson@sfog.se](mailto:liselott.andersson@sfog.se)  
Ange namn och faktureringsadress  
Pris per annons för medlemmar 100 kr

### SÄLJES

#### Följande säljs pga nedläggning av privat gynekologisk mottagning:

- En komplett uppsättning av gynekologiska instrument
- Zeiss kolposkop på gynstolstativ med 3-steps-förstoringsväxlare
- Zeiss mikroskop KF 2 ICS

Vid frågor var god kontakta [bm51@telia.com](mailto:bm51@telia.com)

**Ultraljudsapparat** ALOKA SSD-1000 med vaginal och abdominell givare och **Sony videocopyprinter.**

Använd på privatmottagning 2004-2015. I mycket bra skick.

Pris: 15 000 kr

Kontakt: Margareta Westerlind.

I första hand mail: [margareta.westerlind@ptj.se](mailto:margareta.westerlind@ptj.se)

Mobil: 070-424 88 53.

# Vi ses väl?

# [www.sfogveckan.se](http://www.sfogveckan.se)

---

# Intressegrupper inom SFOG

## Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

### *Ordförande*

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

### *Sekreterare*

Caroline Lilliecreutz  
Linköpings universitetssjukhus  
E-post: caroline.lilliecreutz@regionostergotland.se

## Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

### *Ordförande*

Mahsa Nordqvist  
Kvinnokliniken, SU/Sahlgrenska Östra  
416 85 Göteborg  
Tel: 031-343 40 00  
E-post: mahsa.mohammadi.khoshoi@vgregion.se

### *Sekreterare*

Josefin Kataoka  
Kvinnokliniken NÄL  
Lärketorpsvägen  
Tollhättan  
Tel: 10-43 50 00  
E-post: josefin.kataoka@vgregion.se

## Privatgynekologerna

### *Ordförande*

Ilona Barnard  
Slottstadens Läkarhus  
Fågelbacksgatan 11  
217 44 Malmö  
Tel: 040-985322  
E-post: ilona\_barnard@yahoo.se

### *Kassör*

Katarina Johansson  
Medicinskt Centrum  
St Larsgatan 42  
582 24 Linköping  
Tel: 013-460 10 00  
E-post: katarina.johansson@medcentrum.se

Johanna Andersson  
Aleris Specialistvård Sabbatsberg  
Olivecronas väg 1  
113 61 Stockholm  
E-post: johanna.andersson@aleris.se

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

---

# Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG

## **Cervixcancerprevention C-ARG**

**Ordförande:** Kristina Elfgren  
KK, Karolinska Universitetssjukhuset,  
Huddinge  
141 86 Stockholm  
Tel: 08-585 875 28  
kristina.elfgren@karolinska.se  
**Sekreterare:** Pia Collberg  
MÖL Jämtland  
Östersund  
Tel: 063-15 37 35  
pia.collberg@regionjh.se

## **Endokrinologi ENDOKRIN-ARG**

**Ordförande:** Alkistis Skalkidou  
KK, Akademiska Sjukhuset  
751 85 Uppsala  
Tel: 076-206 85 82  
alkistis.skalkidou@kbh.uu.se  
**Sekreterare:**  
Angelica Lindén-Hirschberg  
Karolinska Universitetssjukhuset  
angelica.linden-hirschberg@karolinska.se

## **Endometriosis ENDOMETRIOS-ARG**

**Ordförande:** Greta Edelstam  
KK, Akademiska Sjukhuset  
751 85 Uppsala  
Tel: 018-611 00 00  
greta.edelstam@akademiska.se  
**Sekreterare:** Lollo Makdessi  
Vrinnevisjukhuset  
Norrköping  
lollo.makdessi@gmail.com

## **Etik ETIK-ARG**

**Ordförande:** Ingrid Bergelin  
Kvinnosjukvården Dalarna  
Tel: 0250-49 30 00  
ingrid.bergelin@ltdalarna.se  
**Sekreterare:** AnnKristin Rönnberg  
KK, Universitetssjukhuset Örebro  
ann-kristin.ronnberg@regionorebrolan.se  
**Webmaster:** Anke Zbikowski  
KK, Länsjukhuset Ryhov  
Tel: 036-32 14 00  
anke.zbikowski@rjl.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  
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna  
171 73 Stockholm  
Tel: 08-517 700 00  
sissel.saltvedt@sodersjukhuset.se

## **Familjeplanering FARG**

**Ordförande:**  
Kristina Gemzell-Danielsson  
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna  
171 76 Stockholm  
Tel: 08-524 800 00  
kristina.gemzell@ki.se  
**Sekreterare:** Helena Kopp-Kallner  
Danderyds sjukhus  
Stockholm  
Tel: 070-440 20 70  
helena.kopp-kallner@ki.se

## **Ofrivillig Barnlöshet FERT-ARG**

**Ordförande:** Kjell Wänggren  
Reprod.medicin  
Novumhuset, Karolinska Huddinge  
Tel: 08-585 80 00  
kjell.wanggren@karolinska.se  
**Sekreterare:** Åsa Magnusson  
KK, Sahlgrenska  
Verksamhetsområde Gynekologi och  
Reproduktionsmedicin  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
413 45 Göteborg  
Tel: 031-342 00 00  
asa.magnusson@vgregion.se

## **GLOBAL-ARG**

**Ordförande:** Birgitta Essén  
Inst för kvinnors och barns hälsa  
IMCH  
Akademiska sjukhuset  
751 85 Uppsala  
birgitta.essen@kbh.uu.se  
**Sekreterare:** Kenneth Challis  
kenneth.challis@gmail.com

## **Hemostasrubbingar HEM-ARG**

**Ordförande:** Anna Hagman  
Norra Älvsborgs Länssjukhus NÄL  
461 73 Trollhättan  
Tel: 010-435 00 00  
anna.c.hagman@vgregion.se  
**Sekreterare:** Ragnhild Hjertberg  
Ultragyn, Odengatan 69  
113 22 Stockholm  
Tel: 0708-23 10 00  
ragnhild.hjertberg@ultragyn.se

## **Mödra-Mortalitet MM-ARG**

**Ordförande:** Sissel Saltvedt  
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna  
171 76 Stockholm  
Tel: 0727-11 51 61  
sissel.saltvedt@karolinska.se  
**Sekreterare:** Annika Esscher  
Akademiska Sjukhuset  
751 85 Uppsala  
Tel: 018-611 00 00  
annika.esscher@akademiska.se

**Perinatologi PERINATAL-ARG**

**Ordförande:** Karin Pettersson  
KK, Karolinska Universitetssjukhuset  
Huddinge  
141 86 Stockholm  
Tel: 08-585 875 36  
karin.pettersson@karolinska.se  
**Sekreterare:** Marie Blomberg  
KK, Universitetssjukhuset Linköping  
581 85 Linköping  
Tel: 013-22 20 00  
marie.blomberg@lio.se

**Perinatologi PERINATAL-ARG**

– fosterövervakning  
*undergrupp till PERINATAL-ARG*  
**Ordförande:** Isis Amer-Wählin  
isis.amer-wahlin@ki.se  
**Sekreterare:** Karin Lundmark  
karin.lundmark@nll.se

**Psykosocial Obstetrik och Gynekologi  
samt Sexologi POS-ARG**

**Ordförande:** Lena Moegelin  
KK, Södersjukhuset, Stockholm  
Tel: 08-616 10 00  
lena.mogelin@sodersjukhuset.se  
**Sekreterare:** Lena Holzman  
KK, Södersjukhuset, Stockholm  
Tel: 08-616 10 00  
lena.holzman@sodersjukhuset.se

**Robson-ARG**

**Ordförande:** Lars Ladfors  
Göteborg  
lars.ladfors@sfog.se  
**Sekreterare:** Eva Nordberg  
Halmstad  
eva.nordberg@regionhalland.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:** Gunnel Lindell  
Länssjukhuset i Kalmar  
gunnel.lindell@ltkalmar.se  
**Sekreterare:** René Bangshøj  
KK, Universitetssjukhuset Örebro  
701 85 Örebro  
Tel: 019-602 12 60  
rene.bangshoj@reba.se

**Ultraljudsdiagnostik ULTRA-ARG**

**Ordförande:** Peter Lindgren  
Centrum för fostermedicin  
Karolinska Universitetssjukhuset  
141 86 Stockholm  
peter.lindgren@karolinska.se  
**Sekreterare:** Emelie Ottosson  
emelie.ottosson@vgregion.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:** Riffat Cheema  
riffat.cheema@skane.se

**Vulva VULV-ARG**

**Ordförande:** Nina Bohm-Starke  
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.olvsson@kbh.uu.se

**SFOG-Kansliet**

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



# 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. Obstetrik/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](http://www.sfog.se), Medlemsansökan**