


Medlemsbladet 5

2017

NR



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



37:e svenska perinatalmötet
Bäckendysfunktion
– behandlingsbart med
specifik sjukgymnastik?

MEDLEMSBLADET

Ansvärlig utgivar: Liselott Andersson
Tel: 0920-28 30 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 2017:

Ordförande: Andreas Herbst

VO Kvinnosjukvård, Skånes Universitetssjukhus

Tel: 040-33 20 86

E-post: andreas.herbst@sfog.se

Vice ordförande: Eva Uustal

Kvinnokliniken Linköping

E-post: eva.uustal@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: PG Larsson

Skövde

E-post: p-g.larssonl@vregion.se

ARGUS: Ove Axelsson

KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

751 85 Uppsala

E-post: ove.axelsson@kbh.uu.se

Utbildningssekreterare: Ellika Andolf

Karolinska Institutet, Danderyds sjukhus

Tel: 08-123 550 00

E-post: ellika.andolf@ds.se

Redaktör för Medlemsbladet:

Liselott Andersson

Sunderby sjukhus, Luleå

Tel: 0920-28 30 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

Kvinnosjukvården, Östersunds sjukhus

E-post: kristina.nordquist@sfog.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 i SFOG!

Det händer mycket i SFOG just nu – och jag ska försöka uppdatera er kring vad som är aktuellt nu i november när detta skrivs.

I förrgår hade vi ett möte tillsammans med OGU där vi bl.a. diskuterade den kirurgiska utbildningen under ST. Vi ser det som väldigt viktigt för vår kirurgiska specialitet att den operativa träningen under ST är gedigen, och vill fortsatt verka för en förbättrad operativ utbildning. För detta ser vi behov både av att tillräcklig placering i operativ verksamhet tillgodoses (även om det försvårats av att operationer av olika typer idag fördelas mellan olika vårdgivare) och genom att förbättra den kirurgiska undervisningen, bl.a. genom strukturerade checklistor för olika operativa ingrepp. I morgon kommer vi att träffas i Kirurgirådet, där bl.a. samma fråga kommer att diskuteras, eftersom den är gemensam för våra kirurgiska specialiteter.

Tillsammans med företrädare för andra intresseorganisationer träffade jag

i oktober Socialministern i ett möte kring regeringens förlossningssatsning, där vi fick möjlighet att framhålla hur vi tycker att dessa medel bäst ska användas. Regeringen har ju nu utöver pågående tillskott till förlossningsvård och kvinnors hälsa beslutat om ett långsiktigt tillskott på 1 miljard per år till förlossningsvård och neonatalvård under 2018-2022, där man specificerat att dessa medel fr.a. avses användas till att förstärka personaltätheten och förbättra arbetsmiljön inom förlossningsvården. Från SFOGs sida stödjer vi barnmorskeförbundet i att behovet av barnmorskor behöver tillgodoses i alla delar av landet. Vi har också ett eget uppdrag att bevaka tillgången på specialisläkare inom vår specialitet, och i år har 14 av 17 landsting rapporterat ett underskott på specialister i gynekologi och obstetrik. Vi ser det viktigt att nu verka för att tillräckligt många ST-läkare utbildas, och att dessa får en fullgod utbildning. Vi vill också verka för att på sikt uppnå att det finns en specialist på

I DETTA NUMMER

Mödradödsfall i Sverige 2016	6
Bäckenbottenutbildning.se; en bruksanvisning	9
OGUs ordförande informerar	11
Ett inlägg	13
Nominera till nästa års OGU-pris!	13
37:e svenska perinatalmötet	15
Nationellt möte om apikal prolaps	19
Flickor i fara	23
Bäckendysfunktion – behandlingsbart med specifik sjukgymnastik?	25

— Ordförande har ordet

sjukhuset dygnet runt (dvs primär- eller bakjour) på akutsjukhus med förlossningsverksamhet, vilket skulle förbättra patientsäkerheten. För att få en mer detaljerad uppfattning om behoven av specialisläkare i vårt land kommer vi inom kort att skicka en enkät till våra verksamhetschefer. Vi hoppas från SFOG att chefer som redan nu ser ett aktuellt eller kommande underskott av specialister på era kliniker beaktar detta när det nu finns möjlighet att långsiktigt investera för framtiden.

Ett förslag i Västra Götaland att avsätta 2 månader av specialistutbildningen till placering inom allmänmedicin är SFOG avvisande till, eftersom vi inte anser det finnas utrymme att ta bort andra delar av specialistutbildningen, och eftersom ST-utbildningens innehåll inte ska läggas upp utifrån andra specialiteters behov av läkarförsörjning utan utifrån vad en läkare behöver inhämta för kunskaper och erfarenheter för att självständigt kunna arbeta inom vår specialitet.

SKL har beslutat om att inrätta nationellt råd inom obstetrik och gynekologi, med omfattande uppdrag som i stora delar överlappar med arbete som idag bedrivs i SFOG och våra AR-Grupper. Vi har stämt möte (strax innan jul) med ansvariga på SKL för att diskutera hur detta arbete ska kunna samordnas med det som vi redan bedriver.

Efter att vi tillsammans med Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) tillskrivit Socialstyrelsen och bett om ett möte kring handläggning av sena aborter blev våra föreningar tillsammans med Neonatalföreningen samt representant från SMER kallade till ett möte där Socialstyrelsen representerades av berörda chefer, ordföranden i Rättsliga Rådet, jurister, sakkunniga och vetenskapligt råd för Neonatalmedicin. Vid mötet backade Rättsliga Rådets ordförande från tidigare uttalande om att vi inte följer abortlagen, och rekommendationer kring hur abortvården ska utformas, och angav att det är vi i våra ansvariga professioner som har att fatta beslut om abortmetoder och medicinsk handläggning. Socialstyrelsens önskemål var att våra professionsföreningar ska komma till konsensus i dessa frågor. SFOG har kallat SBF och Neonatalföreningen till ett första möte i december.

Som framgår är vi aktiva på olika områden, och dessa aktiviteter genererar många möten, och en hel del arbete, och vi bedömer i styrelsen att om det finnes möjlighet att lägga ytterligare lite mer tid på föreningsarbetet skulle det gagna vår specialitet (dvs våra medlemmar och patienter). Vi är tveksamma till huruvida det är fortsatt möjligt att vår styrelse arbetar ideellt, där arbetet delvis är oavlönat och delvis bekostas de kliniker som vi är

anställda på. Vi kommer till nästa årsmöte i augusti att förbereda ett förslag om arvodering på deltid för styrelsearbete, för er medlemmar att ta ställning till, ett förslag som kommer att grundas på en oförändrad medlemsavgift. Eftersom nästa år är mitt sista år som ordförande och styrelseledamot har jag inte något egenintresse i frågan, utan ser det ur föreningens, framtida styrelseledamöters, och berörda arbetsgivares perspektiv.

Hur ska jag då osökt lyckas komma över till väder och vind? Jo, nu är det dags att plocka fram domkraften och dubba däckerna för att kunna hålla en bra styrfart i en snabbt skiftande väderlek!

Bästa hälsningar,
Andreas

**Har du bytt
email-adress senaste året?**

Vänligen skicka ett mail till kansliet och informera
om rätt e-mailadress.

kansliet@sfog.se

Nya medlemmar

Oscar Nyström, Skövde

Elsa Ljungberg, Malmö

Emir Henic, Lund

Marie-Louise Bartholin, Kristianstad

Johanna Olofsson, Norrköping

Åsa-Maja Augustsson, Umeå

Simon Timpka, Malmö

Karin Gildén, Uppsala

Maria Jonsson, Gävle

Amanda Möller, Göteborg

Christina Ertl, Solna

Paula Björn, Stockholm

Ida Akkila Forsberg, Stockholm

Louise Brynte, Norrköping

Ängla Mantel, Älvsjö

Mira Rehal, Stockholm

Anna Möller, Göteborg

Maria Eriksson, Örebro

Paulina Maaherra, Göteborg

Anna Norbeck, Lund

Helena Mauleon Stavne, Billdal

Danielle Damm, Malmö

Sofia Nilsson, Varberg

Tatjana Saksone, Alingsås

Valeria Linderell, Stockholm

Ioannis Sypsas, Boden

Jamal Almasri, Karlstad

Luissa Stefania, Göteborg

REDAKTÖRENS RUTA



Julen nalkas, även i Norrbotten. En tidig julklapp för egen del var vinterkräksjuka, vilken jag inte ens unnar min bästa ovän. När kylan slår till kan det vara gott att äta något som värmer kropp och själ. Här kommer ett recept på rådjursgryta. Bilden ovan visar recept på hur man gör hjortronsylt.

Liselott Andersson

Redaktör för SFOGs Medlemsblad

Följande tider gäller för Medlemsbladet 2018:

Nr	Deadline	Utkommer
Nr 1	15 januari	vecka 8
Nr 2	12 mars	vecka 16
Nr 3	7 maj	vecka 24
Nr 4	17 september	vecka 43
Nr 5	5 november	vecka 50

Manus skickas via epost till:

Redaktör Liselott Andersson

Epost: liselott.andersson@sfog.se

Verksamhetsområde obstetrik och gynekologi Sunderby sjukhus
971 80 Luleå

Telefon: 0920-28 30 11 alternativt sök via växel 0920-28 20 00

Adressändring skall göras till:

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

Rådjursgryta med äpple och calvados

Till 4 pers:

- 1 1/2 kilo rådjursbog med ben eller 700–800 g grytbitar av rådjur
- 2–3 msk smör
- 2–3 rödlökar
- 1 tsk grovkrossad vitpeppar
- 1 tsk timjan
- 1 msk matlagings- eller vetemjöl
- 3–4 dl grönsaksbuljong (av tärning)
- 1 dl calvados eller konjak
- 2 msk kinesisk soja
- 3 msk rönnbärgsgelé
- 2 dl crème fraîche
- 2–3 msk grönmögelost
- 1 tsk salt

Calvadosäpple

- 2 äpplen
- 2 msk smör
- 2–3 msk calvados
- 3–4 msk rönnbärgsgelé

Tillbehör

Kokt pressad potatis eller hasselbackspotatis

Gör så här:

1. Putsa bort ytliga hinnor på rådjursbogen och skär loss allt kött från benen. Gör täta små snitt för att få ut så stora köttbitar som möjligt. Skär köttet i grytbitar.
2. Hetta upp en (järn-) gryta och bryn köttet väl runt om i smöret.
3. Skala och skär rödlöken i bitar, tillsätt den tillsammans med kryddorna och bryn ytterligare ett par minuter.
4. Pudra över mjölet, späd med buljong och calvados. Tillsätt soja och gelé och koka upp. Koka grytan sakta ca 1 timme. De första 30 minuterna under lock.
5. Tillsätt crème fraîche efter 30 min och koka resten av tiden utan lock.
6. Smaksätt med grönmögelosten, ev. mera gelé, salt och soja och slutligen ytterligare några droppar calvados.
7. **Calvadosäpplen:** Kärna ur äpplena och skär varje äpple i 2–3 tjocka skivor. Smörstek skivorna, håll över calvados och koka äppelskivorna mjuka. Bjud rådjursgrytan med kokt potatis och äppel-skivor garnerade med gelé.

Mödradödsfall i Sverige 2016

Mödrarmortalitets-ARG bildades 2008 med målsättning att kartlägga och analysera mödradödligheten i Sverige. Gruppen består av obstetiker, barnmorskor och narkosläkare. Vårt fokus är att lyfta fram viktiga lärdomar och föra ut dessa till berörda professioner. Vi presenterar här vår tionde årliga sammanställning.

MM-ARG har fått rapport om sex maternella dödsfall som inträffat under 2016. Här återges även ett nytt fall från 2014 som vi fått kännedom om. Ett av dödsfallen 2016 var ett s.k. sent maternellt dödsfall som inträffade > 42 dagar postpartum. Sena dödsfall ingår inte i den officiella statistik som rapporteras till WHO. Händelseförloppet kan emellertid ha startat i samband med graviditet/förlossning, vilket gör fallet relevant för MM-ARG. Vi välkomnar därför professionen att rapportera alla potentiella mödradödsfall, även sena.

Samtliga kvinnor som dog 2016 talade svenska. Tre av kvinnorna hade snarlika riskfaktorer såsom psykisk ohälsa, rökning, arbetslöshet och nedsatt compliance. Vi vill påminna om sårbarheten hos denna patientkategori och vikten av att så långt möjligt individanpassa vården för att minimera risker.

Fall 1 – misstänkt fostervattenemboli

40-årig 0-para med BMI 26 som inducerades i v 42+0 med Cytotec. Förlossningen var normal fram till sista 1,5 timmarna då det förelåg stora tekniska problem med CTG-registreringen. Då huvudet stod vid spinae togs skalpprov med förhöjt laktat kring 8. Provet föranledde omedelbar förlossning med hjälp av VE, episiotomi och yttre press. Barnet, som var livlöst, hade navelsträngen fem varv kring halsen och kunde inte återupplivas. Senare obduktion visade akut asfyxi som dödsorsak.

I samband med placentaavgång började patienten blöda rikligt. Läkare försökte suturera bristning på rummet,

men situationen var kaotisk och man beslutade därför snabbt att gå till operationsavdelningen. Patienten hade då blött ca 1 500 ml. Väl på operation var patienten blek och agiterad, man fann inget mätbart blodtryck och inga palpabla pulsar. Massiv vätsketerapi inklusive blod, plasma och trombocyter inleddes, men trots detta försämrades patienten cirkulatoriskt. Inom tio minuter inleddes HLR utan framgång. Obduktion av kvinnan visade efter immunhistokemisk färgning diskret förekomst av hornmaterial i lungorna, vilket är ett tecken på fostervattenemboli. Dödsorsak kunde inte säkert fastställas.

Kommentar: Det kliniska förloppet talar starkt för fostervattenemboli som dödsorsak. Denna ovanliga komplikation uppstår vanligtvis under värkarbete eller i direkt anslutning till framfödandet. Typisk symptombild är en plötslig cirkulatorisk kollaps utan annan förklaring. Mekanismen tros vara att fostervatten via livmodervener eller placentaabädd når mammans cirkulation och utlöser en anafylaxiliknande reaktion med komplementaktivering och fibrinolytisk som följd. Mortaliteten är hög, men inte total (1). Rekommenderad behandling är att försöka häva den cirkulatoriska kollapsen samt korrigera den koagulationspåverkan som flertalet patienter utvecklar.

Några riskfaktorer för fostervattenemboli har föreslagits, bl.a. instrumentell förlossning. I detta fall användes även yttre press. Huruvida det traumat i sig har bidragit till den oväntade komplikationen är omöjligt att säga, men yttre press bör generellt undvikas pga. risker för både mor och barn.

Fall 2 – svår preeklampsi med hjärnblödning

36-årig kvinna med BMI 27, i övrigt frisk. I-para med tidigare PN. I v 33 uppmärksammades gränsblodtryck samt avplånande SF-mått. Ultraljud visade tillväxtthämning -32 % och ett initialt normalt umbilicalisflöde som efter några dagar försämrades till klass 2. Patienten hade då också blodtryck 145/100, 2+ protei-nuri samt lätt sänkt TPK på 133, dock inga subjektiva symptom. Lades in i v 34+1 för s.k. stresstest nästa dag, och därefter induktion alternativt snitt, på barnindikation. V 34+2 visade morgonens prover TPK 145 samt nytillkommen transaminasstegring med ALAT 0.93. Blodtrycket höll sig under dagen kring 140/90, men patienten besvärades av huvudvärk, ryggsmärtor, epigastralgieer samt upprepade kräkningar. Man avbröt därför påbörjat stresstest. Vid 15-tiden undersöktes patienten av läkare pga. luft-hunger. Blodtrycket var då 150/100, hjärta, lungor och buk u.a. Dyspnén tolkades som muskulärt betingat. Planerades för vila till nästa dag, och då nya blodprover samt ställningstagande. Vid 22-tiden efter vila uppmättes blodtryck 195/110 i samband med kräkning. Patienten verkade mkt trött och svarade inte på tilltal. Läkare ordinerade per telefon tablett Trandate 100 mg och ny blodtrycksmätning efter 30 min. 20 min. senare blev patienten okontaktbar. Hon flyttades till förlossningen och erhöll Magnesiumdropp samt Stesolid. Man utförde kejsarsnitt i narkos på misstanke om eklampsi. Nya blodprover visade TPK 48 och ALAT 14, HELLP misstänktes. Peroperativt noterades vida ljusstela pupiller. CT postoperativt visade

katastrofal hjärnblödning. Neurokirurgen avböjde åtgärd, och patienten förklarades hjärndöd påföljande dag. Obduktion visade hjärnblödning, hydrothorax, måttligt lungödem samt blödningar i levern.

Kommentar: Intrakraniell blödning är den dominerande dödsorsaken vid preeklampsi. Omedelbar sänkning av höga systoliska blodtryck kan vara avgörande, exempelvis med Nepresol intravenöst eller att inledningsvis tugga tablett Adalat medan venösa infarter sätts. Situationer av detta slag skall uppfattas som urakuta och kräver bra teamwork. Den aktuella patienten hade under större delen av dagen acceptabla blodtryck vilket kan ha bidragit till att man inte uppfattade hennes kliniska försämring förrän i slutskedet. Fallet belyser att svårighetsgraden av preeklampsi eller HELLP inte alltid korrelerar till blodtrycksnivåer. Vid klinisk misstanke om försämring bör blodprover därför upprepas. MM-ARG vill även lyfta fram vikten av att kontrollera vitalparametrar hos en patient som inte mår bra. MEOWS kompletterar den kliniska undersökningen och är ett verktyg för att i ett tidigare skede upptäcka utveckling av allvarligt sjukdomstillstånd.

Fall 3 – suicid

22-årig 0-para med BMI 16. Arbetsökande, rökare, hög konsumtion av energidryck. Oplanerad graviditet. Följde basprogram och fick även extra barnmorskesbesök med fokus på livsstil. Erbjuds kontakt med psykolog och dietist men avböjde. Patienten hängde sig hemma i graviditetsvecka 30. Försök till återupplivning inklusive perimortemsnitt på akutmottagningen misslyckades, även barnet var dött. Obduktion visade ingen brottsmisstanke, inga droger i blodet. Post mortem framkom anamnes på PTSD vilket patienten såvitt vi vet inte hade berättat på MVC.

Kommentar: Trots omsorgsfull mödravård framkom inte patientens psykiatriska bakgrund och suicidalitet. Fallet påminner om potentiella svårigheter att få en sanningsenlig anamnes avseende psykisk ohälsa. För denna kvinna var HLR utsiktslöst,

men generellt är perimortemsnitt en central åtgärd vid återupplivning av synligt gravida. Tydliga rutiner bör finnas avseende vart gravid kvinna med pågående HLR skall transporteras, vem som skall utföra snittet etc.

Fall 4 – paradoxal embolisering

38-årig 0-para, lätt förståndshandikapad. Rökare, arbetsökande, BMI 30. Panikångest och genomgången utredning för syncope 2014. Patienten kände inte till sin graviditet och var därför inte inskriven på MVC. Födde oväntat barn hemma och eftervårdades på BB. Vid utskrivning bedömdes att efterkontroll på MVC inte behövdes. Sex veckor postpartum fick patienten Depo-Provera via preventivmedelsmottagning. Drygt tre månader postpartum fick patienten ett bevitnat hjärtstopp efter några dagars anamnes på smärtor i ena benet. Återupplivades primärt. Utredning visade DVT, bilaterala lungembolier, njurinfarkt samt utbredda cerebrala infarkter. Neuroradiologisk intervention avböjdes. Patienten förklarades hjärndöd påföljande dag. Obduktion utfördes inte pga. organdonation.

Kommentar: Klinisk dödsorsak var s.k. paradoxal embolisering. Detta tillstånd innebär venös tromboembolism med samtidig embolisering till artärsidan, och förutsätter en arteriovenös kommunikation t ex ett persisterande foramen ovale. Studier har antytt ett svagt samband mellan högdosgestagener och trombos (2). Enl Läkemedelsverket är Depo-Provera inte förstahandsval vid ökad trombosrisk, dock ej kontraindicerat. Retrospektivt kan man diskutera om patientens ålder, övervikt, rökning och nyligen genomgångna förlossning skulle ha föranlett annat val av preventivmedel. Tidigare har rapporterats att kvinnor med psykisk ohälsautvecklingsstörning har ökad risk för mortalitet och morbiditet även av somatisk orsak, exempelvis trombos (3). Det är i det sammanhanget olyckligt att denna kvinna inte kom i kontakt med mödravården varken före eller efter förlossningen.

Fall 5 – hjärtinfarkt

40-årig I-para med BMI 45. Särbo, rökare, uppbar försörjningsstöd. Anamnestiskt tidigare amfetaminmissbruk fram till 2006, pågående ADHD-utredning via psykiatri samt tillfällig hypertoniemedicinering under 2015. Vid inskrivning i graviditetsvecka 15 hade patienten blodtryck 135/90 samt 2+ proteinuri. Pat utvecklade kostbehandlad graviditetsdiabetes från v 26, behandlingskrävande blodtrycksstegring från v 35, hade kvarstående proteinuri hela graviditeten samt mot slutet även massiva ödem. Dessutom uteblev patienten gång på gång från besök. Hon inducerades i v 37+0 på misstanke om preeklampsiutveckling. Under förlossningen blev hon alltmer tungandad, vilket i kombination med feber och dålig progress föranledde ett okomplicerat akut kejsarsnitt i toppad EDA. Utredning på BB med medicinkonsult, EKG, lungröntgen och hjärtultraljud visade vänsterkammerhypertrofi. Medicinkonsultens rekommendation blev långsiktig blodtrycks kontroll via primärvården. Efter utskrivning uteblev patienten från all planerad uppföljning och satte själv ut ordinerad trombosprofylax. Mådde väl vid efterkontroll på MVC fem veckor postpartum men fick påföljande dag hjärtstopp och kunde inte återupplivas. Obduktion visade akut hjärtinfarkt samt i blodet förekomst av Concerta, Lyrica, Tramadol mm.

Kommentar: Denna patient hade massiva såväl fysiska som psykosociala riskfaktorer för mödradödlighet. Därutöver hade hon ADHD-problematik samt ett dolt tablettmissbruk som sannolikt bidragit till hennes nedsatta compliance. Fallet utgör ett tydligt exempel på hur psykisk ohälsa på olika sätt kan bidra till sårbarhet, och påminner om vikten av att så långt möjligt optimera vården för denna typ av högriskpatienter.

Fall 6 – hjärntumör med inklämning

25-årig väsentligen frisk 0-para som i graviditetsvecka 14 sökte medicinakuten vid 17-tiden pga. svår huvudvärk sedan flera veckor. Hon beskrev illamående och

ljuskänslighet. Neurologiskt status var u.a., men patienten uppfattades påverkad varför man kontaktade neurologjour på närliggande sjukhus för samråd och eventuellt övertag. Rekommendationen blev att undvika CT pga graviditeten, och i stället göra MR angio nästa dag. Akutläkaren konsulterade även radiologjour som gav samma råd. Pga. platsbrist på både neurolog och medicinkliniken blev patienten kvar på akuten där hon under natten försämrades med kramper och medvetandesänkning. Intuberades och fördes till IVA vid 05-tiden. CT som då gjordes visade process i cerebellum med hydrocefalus och ödem. Patienten transporterades till neurokirurgen där man vid 09-tiden lade ventrikeldrän trots dålig prognos. Patienten förklarades hjärndöd nästa dag. PAD hjärna visade medulloblastom.

Kommentar: *Konsulterad neurokirurg har i detta fall bedömt att man med tidigare ventrikeldrän kunde ha undvikit inklämning och uppnått symptomfrihet. Man skulle därmed sannolikt möjliggjort vidare behandling av patientens hjärntumör. CT hjärna fördröjdes pga. graviditeten. Intern händelseanalys visade på otydliga riktlinjer avseende röntgen av gravida, och gynekolog konsulterades aldrig. Vid misstanke om allvarlig sjukdom hos gravid skall kvinnan prioriteras framför fostret oavsett graviditetslängd. Strålningsrelaterade risker för det enskilda fostret får dessutom betraktas som mycket små.*

Fall 7-2014 – svår preeklampsi med hjärnblödning

Frisk 38-årig II-på, BMI 19. Preeklampsi vid första graviditeten. Sökte akut i graviditetsvecka 35+2 pga svår buksmärta sedan en timme samt sluddrigt tal. Blodtryck 200/125 vid ankomst. Erhöll skyndsamt upprepade bolusdoser Nepresol samt magnesium och morfin. TPK 283, ALAT 4.8. Bakjour och narkosläkare involverades. Kejsarsnitt planerades men strax därpå försämrades patienten med stark huvudvärk och pupillpåverkan. Patienten intuberades pga. andningssvårigheter. Akut CT hjärna

visade stor hjärnblödning med medellinjeförskjutning. Svaret föranledde beslut om urakut kejsarsnitt inför transport till neurokirurgen på annat sjukhus. Patienten snittades komplikationsfritt. Nya prover visade TPK 84. Hon anlände tre timmar postpartum till neurokirurgen där intracerebral tryckmätning visade upphävd cerebral cirkulation. Patienten förklarades hjärndöd nästa dag.

Kommentar: *Även i detta fall har neurokirurg konsulterats, framför allt avseende prioritering mellan CT, förlossning och vidare transport. Konklusionen blev att vid misstänkt intrakraniell blödning har CT hjärna hög prioritet. Post mortem framkom att patienten hade haft lindriga buksmärter under några dagar. Intern händelseanalys föreslog bl.a. översyn av patientinformation till kvinnor med tidigare preeklampsi.*

Lärdomar av fallen från 2016:

Sedan MM-ARG bildades 2008 har vi så gott som varje år sett 1-2 dödsfall i preeklampsi. Den senaste MBRRACE-rapporten visar att man i Storbritannien lyckats sänka hypertoni-relaterad dödlighet till endast 0.11/100.000 graviditeter (4). Brittiska rekommendationer innefattar bl.a. ASA-profylax till högriskpatienter (t.ex. tidigare preeklampsi), information till alla gravida om preeklampsi-symptom, akut blodtrycksbehandling vid blodtryck $\geq 150/100$ samt tidig radiologi vid misstanke om intrakraniell blödning. Vi tror att fortsatt kvalitetsarbete nationellt och lokalt kan minska dödligheten ytterligare även i Sverige. I synnerhet vill MM-ARG understryka att akut och effektiv blodtryckssänkande behandling kan vara direkt livräddande.

Vidare visar årets sammanställning tydligt på utsattheten hos kvinnor med psykisk sjukdom/utvecklingsstörning, särskilt i kombination med andra fysiska och psykosociala riskfaktorer. Att erbjuda dessa kvinnor bästa möjliga omhändertagande är en viktig utmaning för oss alla.

Och till sist – gravid kvinna med misstänkt allvarlig sjukdom skall självklart

utredas adekvat, även om utredningen innebär CT eller annan radiologi! Detta budskap behöver vi också hjälpas åt att sprida till kollegor inom andra specialiteter.

MM-ARG genom
Lisa Parén, sekreterare

Referenser:

- 1) Samuelsson et al: Pregnancy-related deaths due to pulmonary embolism in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2007;86:435-443
- 2) Tepper et al: Progestin-only contraception and thromboembolism: A systematic review. *Contraception* 94 (2016) 678-700
- 3) CMACE Saving Mothers' Lives 2006-2008. *BJOG* 118 (Suppl 1): 1-203
- 4) MBRRACE-UK: Saving Lives, Improving Mothers' Care. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford 2016: pp 69-75

Bäckenbottenutbildning.se; en bruksanvisning:

Efter 6 år av planering, förberedelser, en nationell revision, arbetsgruppssammanträden, telefonmöten, förankringsrunda, ett och annat kraschat dokument och frenetiskt websideskapande är vi nu färdiga. Mitt under arbetet anlände så regeringens förlossningsvårdssatsning som en liten bonus. Den bidrog till två SBU-rapporter och en enorm hjälp i evidensletandet.

SFOGs och Barnmorskeförbundets önskan är att alla som arbetar med kvinnor före, under och efter förlossning ska ha tagit del av programmet. Målet är förstås att kvinnor ska vara trygga i förvisningen om att man får en jämlik vård.

Utbildningsprogrammet har två delar:

- En öppen del där även patientinformation om bristningar (på svenska och engelska) finns. Det är ca 90 sidor med bilder och filmer. Här finns rekommendationerna samlade.
- En lösenordskyddad del som är öppen för alla med vårdgivaransluten mailadress. Man kommer åt den via den öppna sidan, klicka på rutan ”För vårdpersonal”. Man beställer sin egen kod och behöver inte vänta på lov.

Bakom lösenordsskyddet finns bilder och filmer på fall. Där finns även en 3D-anatomidel som visar olika bristningar stiliserat och vilka strukturer som är

påverkade. Ett avsnitt med kunskapskontroll avseende anatomi och suturering kan användas för att säkerställa att den som syr en förlossningsbristning har basala anatomikunskaper.

Hur kan man då använda materialet?

För dig som är under utbildning: Läs hela materialet, titta på bilder och filmer och gör kunskapskontrollen till du klarar den. Då får du god kunskap om hur man förebygger, behandlar och följer upp förlossningsskador.

För dig som arbetar bara med gynekologi: Läs avsnittet om efterkontroll och tankesätt vid problem efter bristning och den repetera uppföljning och anatomi i den slutna delen.

För dig som arbetar med obstetrik och eftervård: Läs hela materialet så du kan svara att du gjort det när patienterna frågar!

För dig som redan kan det du behöver: Titta vänligen igenom materialet och hjälp oss att hitta sådant vi missat och förbättra det. I vår gör vi en uppdatering utifrån nytillkommen evidens och kloka synpunkter från kollegorna. På startsidan finns ett webbförfrågan för synpunkter.

För dig som är chef: Läs avsnittet om vårdens organisation och fundera på om det finns något att förbättra på din enhet.

Flera regioner och landsting har använt medel ur ”förlossningsmiljonerna” för att hålla utbildningsdagar för personalen baserat på webutbildningen. Andra har schemalagt halvdagar för personal för att igenom utbildningen och göra kunskapskontrollen.

Varmaste tack till mina medförfattare; Marie Bolin, Monica Orrskog, Gunilla Tegerstedt, Marianne Weichselbraun, Ann Olsson och Malin Edqvist för enastående klokskap, tålamod och tid och till alla kollegor som kommit med synpunkter och råd. Tack även till LÖF, Säker förlossningsvård för finansiering och administrativt stöd och till webbyrån som nu kan ovanligt mycket om bäckenbottenanatomi!

Eva Uustal, sammankallande redaktör,
Bäckenbottenutbildning.se
Eva.uustal@regionostergotland.se ■



Välkommen till Hudiksvall och två dagar
fyllda av intressanta föreläsningar och
trevligt umgänge med ST-kollegor från
hela Sverige.

Läs mer och anmäl dig på
ogudagarna.se
Sista anmälningsdag 16 mars

Bäckenbotten, 16-17 april

Preliminärt program:

Diagnostik av förlossningsskador

Grad II bristningar och dess
konsekvenser

Bäckenbotten hos könsstympade

Bäckenbottenträning

Trender inom inkontinenskirurgi

Prolapskirurgi i allmänhet, apikal defekt
i synnerhet

Sexologi och bäckenbotten

Är kejsarsnitt lösningen?

Sfinkterprojektet i Hudiksvall

Årsmöte OGU

OGU-symposium: SPUR



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

OGUs ordförande informerar



Bästa medlemmar,

Arbetet med att utveckla vår ST-utbildning fortsätter. Nu närmast har OGU:s styrelse ett gemensamt möte med hela SFOG:s styrelse inplanerat den 10/11. Det är OGU som traditionsenligt sätter agendan och vi kommer att diskutera vidare satsningar på den kirurgiska träningen inom vår specialitet. Svenskt kirurgiskt råd som är en inofficiell samling av Sveriges kirurgiska specialiteter, träffas en gång per termin och där tittar man nu på möjligheten att ta fram kirurgiska körkort för alla operativa ingrepp. Detta finns redan för vissa ingrepp inom framför allt allmänkirurgin, till exempel körkortet för inguinalt bråck som används på kirurkliniken i Eksjö, och är något vi inom OGU vill jobba vidare med även för vår specialitets ingrepp. Tanken är att ingreppet delas upp i flera konkreta steg och att man har en egen liten loggbok där man checkar av de steg man provat på och sedan behärskar. Allt för att säkerställa kvalitet och progression i den kirurgiska träningen oberoende av vilken specialist eller överläkare man opererar med just den dagen. SFOG har även sammankallat till möte för nystart av ARG-grupp inom benign gynekologisk kirurgi och omtag i gruppen Tumör-ARG i Stockholm den 1/12. OGU kommer att finnas representerade genom Hanna Toorell samt förhoppningsvis flera juniora kollegor jag känt igen från namnlis-torna med intresseanmälningar inför mötet. Om vi får aktiva ARG-grupper inom dessa fält hoppas jag att de gynekologiska kirurgernas intressen kommer att bevakas och drivas tydligare inom föreningen på sikt.

Hur vi kan förbättra och jämställa kva-

liteten i våra ST-arbeten och vidare också underlätta fortsatt forskning för de som är intresserade, är en annan viktig punkt på agendan vid vårt möte med SFOG. Sedan några år tillbaka har vi inom SFOG, Svenskt nätverk för nationella kliniska studier inom Ob/Gyn (SNAKS). Detta nätverk har en styrgrupp (där även Lovisa Brehmer, OGU-representant, ingår) som tar emot forskningsplaner för nationell spridning inom vår specialitet. Vi inom OGU tror att detta nätverk går att utnyttja i högre utsträckning för att kunna täcka behovet för ST-arbeten för våra medlemmar i framtiden. Under SFOG-veckan i Stockholm var också Lise Lotte Torvin Andersen, en av styrgrupps-representanterna i vår danska specialistförening DSOGs riktlinjegrupp för obstetrik, inbjuden för att prata om deras framgångsrika riktlinjearbete. De har nationella evidensbaserade riktlinjer inom det mesta som rör vår specialitet som ligger öppet på nätet och har jobbat strukturerat med dessa sedan många år. (Gå in på dsog.dk och känn dig inspirerad!) För att få det hela gjort har de sedan starten prioriterat att få med läkare ända från kandidatnivå, genom AT och upp på ST-nivå i arbetet. Dessa har används som bäst till litteratursökningar och framtagande av bakgrundsdata där de erfarna kollegorna har beslutat om frågeställningarna för den aktuella riktlinjen. Sedan har i stort sett alla kollegor inklusive de juniora, träffats en gång årligen under några dagar för att diskutera igenom underlaget och sedan fastställt de riktlinjer som var aktuella det året. Man har i Danmark fortsatt på den inslagna linjen och ser nu ytterligare nytta med

denna inkluderande hållning till juniora kollegor; de lyckas även i arbetet att rekrytera nya förmågor till specialiteten! Detta tror vi skulle vara ett vinnande koncept även i Sverige och OGU kommer framöver att verka för att ST-läkarna i större utsträckning ska tas med i arbetet med att ta fram nya ARG-rapporter, råd och riktlinjer.

SFOG:s ST-kursprogram har nu snart fått löpa hela sitt första år och för våra två tappra medarbetare på kansliet i Stockholm har det inneburit lite av ett stålbad. Susanne och Diana är den viktiga länken mellan kursdeltagare, kursledning och OGU:s samt SFOG:s styrelse. De har fått höra vad som fungerat bra men kanske framför allt upprepade gånger vad som inte fungerat detta år. Alla vi med ansvar för verksamheten jobbar vidare för att de missar som har gjorts detta första år, ska kunna undvikas i framtiden. Jag vill här bara påminna er alla om att inte skjuta budbärarna! Men håll kanslisterna också fortsättningsvis uppdaterade på era föräldraledigheter och andra uppehåll i arbetet som påverkar er möjlighet att gå ST-kurser. Och tveka inte att höra av er om ni blir erbjudna kurser som ni redan gått etc. Ju längre tiden går desto mer uppdaterad kommer ju den databas som finns på kansliet att vara. Än så länge bygger ju mycket av kansliets kunskaper om era tidigare kurser på de listor era ST-studierektorer ska ha skickat in hösten för ett år sedan.

Årets slut närmar sig och de stora högtiderna medför för de flesta en mix av förväntan, stress och glädje. Oavsett om du blivit uppsatt på din första nattjournsvecka som primärjour över mellandagarna, eller

som jag planerar en lugn tid med familjen med ett nytt litet lillasyskon till barnen, hoppas jag att ni alla får en härlig december. När vi hörs igen efter nyår kommer ni att få ta del av 2017 års verksamhetsberättelse och nya kandidater till OGU:s styrelse 2018 kommer att presenteras. Dessa kommer sedan att få ställa upp till val vid årsmötet under OGU-

dagarna i Hudiksvall i april. För mer info om dagarna, se annonsen i detta blad samt ogudagarna.se.

Jag önskar er glada helger och ett gott nytt år!

Paulina Arntyr Hellgren
Ordförande i OGU



**Glöm inte bort NFOGs utmärkta hemsida.
Återfinns på adressen
www.nfog.org**

Ett inlägg

Jag vet inte riktigt hur många gånger jag tänkt för mig själv, när jag just träffat en patient, att ”det här måste jag kolla upp och läsa på”. Det har åtskilliga gånger skrivits på kom-ihåg-lappar med saker jag ska slå upp, lappar som sedan hamnar i någon ficka för att sedermera passera vidare till papperskorgen eller landstingets tvätter. Det är inte alls lika ofta jag faktiskt sätter mig ner för att slå upp alla dessa saker, jag upplever att jag sällan har tid. Ofta har jag svårt att ta mig hem från jobbet i tid som det är, utan att jag ska studera det medicinska, det finns så mycket annat som naturligtvis måste göras. Patienter ska ringas upp, provsvar måste signeras och mottagningar bemannas.

Vi ST-läkare har det på en del sätt väldigt bra, vi får åka på riktigt intressanta kurser med jämna mellanrum, bara som ett exempel. Men det är det där med tiden för att hinna med att läsa på det där en känner att en inte riktigt kan eller helt enkelt bara är väldigt nyfiken på. Vården har jag hört ”är ju en väldigt kunskapsintensiv bransch där utvecklingen går

raskt framåt” och på universitetskliniker-na försöker de hitta strategier för att stimulera till mer klinisk forskning, så varför glöms tiden för självstudier nästan bort? I min ST-plan står det att jag ska ha möjlighet för två timmar schemalagd tid för självstudier varje vecka, det får jag inte, det kommer någon strötimme sporadiskt. Och jag är inte ensam. I 2016 års OGU-enkät uppgav närmare 18 % att de inte har någon tid för självstudier alls i schemat. 54 % uppgav att de fick möjlighet till en timmes självstudier i veckan. I Socialstyrelsens föreskrifter står det att ST-läkaren ska få regelbunden schemalagd tid för självstudier, det är inte specificerat hur mycket tid, men SYLF tidigare rekommendation om 4 timmar kanske skulle kunna vara ett riktmärke.

Kanske är jag som ett bortskämt barn när jag beklagar mig över bristen på tid för självstudier? Barnmorskorna och undersköterskorna har ju det ändå sämre ställt med studietid. Jag tycker att arbetare överlag i vården skulle beredas möjligheter till att utveckla sin kompetens förvisso, men nu är det oss ST-läkare jag

tänker på.

Jag tror inte att BB-kriser eller vårdplatskaoset löser sig av att vi läkare får mer tid att förkovra oss om pre-eklampsi, antibiotikaresistens eller överstimuleringsyndrom, men jag tror inte att det blir sämre av att vi får några fler timmar till att fylla på de kunskapsluckor som stressar oss.

Men några fler timmar för självstudier kanske inte finns plats för inom lean-konceptet eller NPM eller värdebaserad vård eller vad det nu heter...

I vår är det dags för nästa OGU-enkät och då kommer vi att ställa frågor om ST-läkarnas förutsättningar för en god utbildning, däribland frågor om hur mycket tid en får att ägna sig åt självstudier. Håll ögonen öppna på inkommande mail från SFOG och OGU!

Eric Lagerström

Kassör i OGU-styrelsen
ST-läkare i Umeå på Centrum för
Obstetrik och Gynekologi Västerbotten

Nominera till nästa års OGU-pris!

Varje år under SFOG-veckan delar OGU ut sitt pris till bästa ST-handledare för att uppmuntra goda mentorer därute på landets kvinnokliniker. I år tilldelades Lars Asp från Katrineholm OGU-priset och nu söker vi med ljus och lykta efter nästa års pristagare. Därför vill vi nu ha er ST-läkares hjälp genom att ni funderar på om det finns någon kollega i er omgivning som ni tycker är extra bra på att förmedla sina kunskaper vidare till nästa generations gynekologer och förlossningsläkare. När ni har funderat klart kan ni skicka en nominering med motivering till mig, så får vi se vem som tar hem det prestigefyllda priset på SFOG-veckan i Uppsala 2018! Den 1:a maj 2018 vill jag senast ha in nomineringarna. Tack på förhand!

Eric Lagerström, kassör OGU-styrelsen (eric@bobhund.nu)

Specialistexamen 2018

Örebro 13-15 juni 2018

Välkommen att anmäla dig till specialistexamen 2018. Skriftlig tentamen är onsdag 13/6, praktiskt prov torsdag 14/6 och presentation av ST-arbeten fredag 15/6.

Observera!

- En avgift på 10 000 kronor faktureras. Ange faktureringsadress i din anmälan.
- Kompletta ansökan krävs inklusive slutversion av ST-arbetet för giltig anmälan.
- ST-arbetet skall skickas som en enda fil, alltså eventuella bilagor skall inkluderas i detta enda dokument, gärna som PDF. Benämnen filen med ditt namn, sjukhus/ort.
- Vid examen 2017 och 2018 godkänns även ST-arbeten som inte är skrivna inom obstetrik och gynekologi, dock är det ett krav att de ska vara gjorda på en medicinsk fakultet. Utbildningsnämnden kommer därefter utvärdera om det fortsättningsvis ska vara så på Specialistexamen.

Anmälan OCH ST-arbete skickas senast 1 mars 2018 till kansliet@sfog.se. Besked om man kommit med kommer cirka en vecka efter sista anmälningsdatum.

För den/de som önskar att anordna ett diagnostiskt test på hemmakliniken finns precis som tidigare möjlighet att få skrivningen mailad 13/6 kl 10.30.

Kontakta Camilla Hartin (camilla.hartin@regionorebrolan.se). Facit skickas därefter ut 15.30.

37:e svenska perinatalmötet

26 – 27 oktober 2017 i Svenska Läkaresällskapets lokaler, Stockholm,

Maternell mikrocytär anemi

Britta Landin

Vad talar för en järnbristanemi? Lågt S-ferritin och låg transferrinmättnad. Man kan också mäta sTfR (löslig transferrinreceptor som inte påverkas av inflammation eller leversjukdom). Ett annat användbart prov är CHr/Ret-He.

För thalassemi talar en typisk anamnes och kanske ser man mera mikrocytos än anemi. Man kan ha vägledning av att analysera B-Hemoglobinfraktioner.

En liten glädje kan man ha av thalassemi: Den ger ett visst skydd mot malaria.

Kommentar: Som obstetriker skickar jag nog en remiss till hematologen, eftersom jag inte ens hört talas om en del av labproverna.

Maternell trombocytopeni

Gisela Wegnelius

Trombocytopeni är per definition TPK under 165.

TPK sjunker med 10 % under graviditet, men kan vara en komplikation till PE/HELLP eller ha annan genes.

Vid isolerad TPK under 80 bör utredning övervägas

Vanligaste trombocytopenin är graviditetsutlöst (6 % av alla graviditeter, 75 % av all trombocytopeni). Orsaker: Utspädning, minskad produktion och ökad omsättning.

ITP (idiopatisk trombocytopen purpura) är en autoimmun sjukdom. Förekomst bland unga kvinnor/män = 3/1. Vid ITP har man IgG-antikroppar mot trombocytterna.

Spontana blödningar är ovanligt om TPK är över 10, kirurgisk blödning är ovanlig vid TPK över 50. Incidensen varierar: 1/1000 – 1/10000 graviditeter. Man bör behandla vid TPK under 20-30 och eftersträva över 50-100. IVIG (intravenöst immunoglobulin) ger snabbare effekt än kortikosteroider men är dyrt.

Trombocytkoncentrat kan också ges men har kort verkan. Vaginal förlossning förordas. Man kan överväga induktion när TPK är optimal.

Undvik

- Traumatisk förlossning
- Medelhög VE
- Skalpelektrod tidigt under förlossningen

Enligt anesthesiologerna kan EDA övervägas om TPK är över 80. TPK 50-80: Spinal kan övervägas beroende på andra labresultat.

Man bör informera barnläkare inför förlossningen, eftersom det finns risk att barnets TPK sjunker kraftigt under de första levnadsdygnen. Vidare är det 50-75 % risk för efterföljande syskon att ha låg/sjunkande TPK vid neonatal trombocytopeni hos det äldre syskonet.

Neonatal anemi

Emöke Deschmann

Fysiologiskt uppstår en neonatal anemi, men hos prematurer är den överdriven.

Etiologi diskuterades liksom behandling. Gjorda och pågående studier om transfusion redovisades. *Rekordmånga bilder på kort tid.*

Neonatal trombocytopeni

Är vanligare hos prematurer och man brukar skilja mellan early och late-onset (efter 72 h). *21 bilder blev det.*

Sedan var det meningen att det skulle vara en paneldebatt om transfusionsgränser. Diskussionen blev lite platt eftersom debattörerna var rätt så överens.

Instrumentell förlossning, risker för mor och barn

Mikael Norrman, Kristina Pettersson

Tage Malmström var en ingenjör som introducerade sugklockan i Sverige.

Mikael Norrman diskuterade barnutfall vid sugklocka. Som bakgrund är det ca 8 000 instrumentella förlossningar/år

i Sverige. Exempel på vinster är överlevnad, minskad neonatal morbiditet och bestående hälsa. Bland nackdelarna är hudskador och smärta (ca 24 % efter VE, 10 % efter icke-instrumentell förlossning). I Sverige innebär det att ca 2 000 nyfödda barn behandlas med paracetamol. Det är inte helt okontroversiellt eftersom en Cochrane-analys har visat ökad smärtkänslighet senare i livet bland barn som har fått paracetamol som nyfödda. En annan komplikation är behandlingskrävande hyperbilirubinemi. Risken är större hos asiatiska mammor, obesa mammor och vid LGA- och SGA-barn. Ytterligare en komplikation är extrakraniella blödningar i form av kefalhematom och subgalealt hematoma. Att bedöma risken för intrakraniell blödning är svårt delvis pga. "confounding by indication". Hur vanligt är det vid icke-instrumentell förlossning? Dessutom saknas ofta uppgifter om hur sugklockan lades. Trots detta har man sett att Intrakraniell blödning är ca dubbelt så vanlig vid VE efter justering för olika faktorer. Korta kvinnor med stora barn har ytterligare en ökad risk.

Aktuellt kunskapsläge om maternella risker presenterades av Kristina Pettersson, liksom riktlinjer för VE enligt rekommendationer från LÖF. Riskfaktorer för VE är bland annat att vara förstföderska, ålder över 40 år, längd under 155 cm och förekomst av EDA.

Riskfaktorer för konverterad VE (misslyckad VE): Förstföderska, kort mamma, stort barn (över 4 kg).

Medelhög VE kan subspecificeras:

- Low – 2 cm ovan bäckenbotten, konverteringsrisk 2,5-5 %, skulderdystoci 2 %
- Mid – spinae till low, 16-27 %, skulderdystoci 4,5 %

Risken för OASIS är 3-4 ggr ökad vid

VE. Risken för negativ förlossningsupplevelse är högst vid akut CS. Det är viktigt att Involvera kvinnan i beslutet!

Tänkbara sätt att förbättra handläggningen vid VE

- UL (station och bjudning)
- Mätning av dragkraft

Avstånd huvud – perineum max 4 cm? (Transperinealt UL).

Utdelandet av Lilla Barnets Forskningsfond

Där allas vår kronprins Carl Philip deltog detta år (han hade något slags förhinder i fjol). *Jag fick ingen selphie. Eller heter det selfie? Kanske var det därför det inte fungerade.*

FRIA FÖREDRAG

Intra-hospital transportation of extremely premature infants and incidence of intraventricular hemorrhages

Nodi Wadström et al.

Inklusion under v 27, UL hjärna. Kulverttransport 900 m. Sex månader före och efter flytt till nya Karolinska, 26 + 31 barn. Man såg ingen skillnad i neonatalt utfall. Långtidsutfall? Uppföljning planeras vid 18-24 års ålder, förutom initialt vid 24 månaders studietid.

Utvärdering av ett snabbtest av GBS för upptäckt av kolonisering av gravida kvinnor intrapartalt

Maysae Quittineh et al.

GBS på genexpert, PCR-teknik, i genomsnitt 52 minuter för analysen. Låg sensitivitet i första testen 2015. Optimering av laboratorieprocessen och med 100 kvinnor, 2 vaginalpinnar och 2 rektalgav 100 % sensitivitet och 97 % specificitet. En uppföljningsstudie planeras. *Underhållande föreläsare!*

Motorik vid 6,5 års ålder hos extremt för tidigt födda barn: EXPRESS

Jenny Bolk et al.

Developmental Coordination Disorder (DCD) användes hos ”friska” extremt prematurt födda (före vecka 27). Mera än hälften av totalt 229 barn hade DCD



Prins Carl Philip

eller borderline. Även sämre kognitiv förmåga, mer beteendeproblem och mera hyperaktivitet.

Projektet Säker Förlossningsvård

Barbro Diderholm et al.

Har sannolikt bidragit till en minskning av undvikbara allvarliga förlossningsskador hos barn och mammor. Revision i två omgångar. Projektet har utmynnat i många aktiviteter inkl. webbutbildningar (CTG, Neo-HLR och bäckenbotten) samt rutinkollen mödra- och förlossningsvård.

Hyperglykemi och insulinbehandling hos extremt för tidigt födda barn – associationer med mortalitet och nutritionsintag

Itay Zamir et al.

Hyperglykemi tidigt i livet hos prematurer är förknippad med ökad morbiditet. I EXPRESS definieras hyperglykemi som ett blodsocker över 10 mmol/L. Man fann att hyperglykemi är associerad med högre mortalitet, insulinbehandling med lägre.

Antenatal corticosteroids: A retrospective cohort study on timing, indications and neonatal outcome

Julia Frändberg et al.

Steroider 24 h – 7 d före födseln, v 23+0 – 33+6, 498 barn, 94,9 % fick steroider.

Andelen barn med RDS och BPD var högre om intervallet var långt eller kortare än 24 h.

Perinatal inflammation och IUGR hos mycket för tidigt födda barn är båda associerade med sämre lungfunktion vid 12-13 års ålder

Lars J. Björklund et al.

Titeln sammanfattar presentationen bra.

Treatment for persistent DA and neurocognitive outcome at 6.5 years of age in children born extremely preterm

Anna Gudmundsdottir

Barn födda före 27 veckor (EXPRESS), 486 levande vid 6,5 års ålder. Man såg en signifikant ökad måttlig till stor risk för NDI och lägre IQ vid primär kirurgi.

Is postnatal bethameason the silver bullet to avoid cerebral palsy?

Mattheo Bruschetti

13 randomiserade kontrollerade studier inkluderades och man gjorde en metaanalys. Forskningspersonerna var prematurer med etablerad eller begynnande BPD. Man såg en ökad risk för CP med dexametason men inte hydrocortison. Studier saknas för Betametason, som är det preparat som används i Sverige (för fetal lungmognad).

Beteendeutveckling vid 7-10 års ålder hos barn förlösta med medelhög VE

Stephanie Romero

VE förekommer vid ca 9 % av vaginala förlossningar i Sverige, varav utgångsklockor ca 50 %. Studien har analyserat 446 VE-förlösta barn, fullgångna. Man har använt ”5-15”, ett validerat nordiskt frågeformulär för beteendestörningar och svarsfrekvensen var 58 %. Man såg tydliga svårigheter hos 34 %, och bland 12 % betydande svårigheter, oftare med ”tung” medelhög VE.

Föräldrars roll i beslut om vård av svårt sjuka barn på en neonatal intensivvårdsavdelning

Alva Lindquist

Öppna intervjuer med 9 föräldrar till 10 barn som vårdats och avlidit på NIVA. Slutsats: Interaktionen med vårdpersonalen var viktig både under vårdtiden och efteråt, men graden av involvering i vården måste anpassas individuellt.

Preeklampsi: Still confused but on a higher level

Anna-Karin Wikström

”Teoriernas sjukdom”. 40 000 dör årligen i världen av PE. I Sverige förekommer PE i 2,7 % av alla förlossningar och hos 13 % av alla prematurförlösta och 33 % av alla tillväxthämmade prematurförlösta.

- Hippocrates 400 BCE
- 1500-talet: Uterusepilepsi
- Mitten av 1700-talet: Eklampsi, graviditetsspecifik kramp
- 1800-talet, förgiftning av tarminnehåll, botas/förebyggs med 2-3 åderlätningar/graviditet
- 1930-talet: Mödravård med kontroll av BT och proteinuri

”Faktor X”. Avhandlingen från 2007 presenterades, med en del resultat vid tidig och sen PE (efter v 34). Man såg försämrad perfusion och apoptos i placenta vid tidig PE. Vid tidig PE är risken vid en kommande graviditet ökad för IUGR, ablatio, spontan prematurbörd, mera missfall – även om kvinnan inte får PE den graviditeten. Basky, den kardiella vägen till PE – dysfunktionell vänsterkammare. PE är komplex och troligen inte EN sjukdom. I ASPRE-studien testade man en algoritm i slutet av 1:a trimestern: Anamnes, medelartär-BT, flöde i a uterina, serummarkörer: placental growth factor och PAPP-A. Man såg en halverad risk för tidig PE med 150 mg ASA (OR 0,38). I Sverige är prevalensen 0,7 % för tidig PE. En nationell studie

planeras för att få en svensk algoritm för prediktion och prevention för tidig PE, målet är att ha en projektplan till Verksamhetsmötet i januari. Planer finns också på att skapa svensk algoritm för tidig upptäckt av sen PE med möjligheter till individualiserad mödrahälsovård.

DAG 2

FRIA FÖREDRAG

Neonatal hypoglykemi hos nyfödda med GÅ > 35 veckor: Nationellt Vårdprogram

Dirk Wackernagel et al.

Uppdaterade riktlinjer presenterades.

The effect of Gestational age on clinical and radiological presentation of necrotizing enterocolitis

Elena Palleri et al.

Bell's klassificering fungerar inte för diagnostik och klassificering vid NEC hos extremt prematurfödda.

Operator skills matter in vacuum extraction deliveries

Sandra Bergendahl et al.

Man studerade maternellt och neonatalt utfall vid 338 VE beroende på om operatören var underläkare, gynekolog eller obstetriker. Andelen OASIS/sfinkterskada var fem gånger högre om operatören var underläkare. Enda övriga riskfaktorn för OASIS var maternell kroppslängd 155 cm eller kortare. *VE är ett betydligt mera komplicerat ingrepp än man kan tro. Hur många av oss har blivit sökt av bm för att "bara" lägga en sugklocka?*

Har riskfaktorerna bakom och utfallet efter tidig och sen prematurbörd förändrats?

Paulina Jonsson Tepavac et al.

Utfallet vid tidig prematurbörd (v 28+0 – 33+6) respektive sen prematurbörd (v 34+0 – 36+6) 2015 jämfördes med 2012. Studien gjordes vid Karolinska universitetssjukhuset. Fler kvinnor fick antenatala steroider 2015 vid tidig prematurbörd och fler barn överlevde. Överlevnaden var sämre vid sen prematurbörd jämfört med 2012 och den sammanlagda

sjukligheten ökade vid både tidig och sen prematurbörd.

Har ändrade riktlinjer vid extrem prematurbörd förbättrat de nyföddas överlevnad?

Louise Hulting et al.

I Stockholm började man 2014 ge antenatala steroider från v 22+5 i stället för från v 23+0. Det verkar inte ha förbättrat överlevnaden hos dem födda v 22+0 – 23+6 men däremot i gruppen 24+0 – 27+6. Dock ökade sjukligheten i den gruppen. *Skumt.*

Centralisering av hypotermi-behandlingen i Sverige: Kvalitetssäkring och outcomes av en regional kohort

Carla E. Gonzalez et al.

En välfungerande transportlogistik är viktig.

Transfusion-related decrease in fetal hemoglobin – a strong predictor of severe morbidity in very preterm infants

Tobias Märtensson et al.

Titeln på föredraget sammanfattar innehållet.

Perinatal hjärnskada: Optimering av MgSO₄-neuroprofylaxbehandling vid hotande förtidsbörd

Ylva Carlsson

Teorin är att magnesium ger skydd mot hjärnskada och CP hos för tidigt födda barn. Studieupplägget presenterades.

Effective and safe method of labor induction in women with previous CS

Tove Wallström et al.

Induktion med ballongkateter, Minprostin och oralt Cytotec jämfördes. Risken för uterusruptur var dubbel så stor vid induktion med Minprostin jämfört med de andra metoderna. Det var ingen skillnad beträffande uterusruptur mellan de som inducerades med Cytotec eller ballongkateter. *Fantastiskt att vi verkar ha tänkt rätt under flera år hemma hos oss!*

Sudden unexpected collapse of newborn infants: Incidence, risk factors and role of perinatal transition

David Forsberg et al.

Risken för plötslig oväntad död är störst första levnadsdygnet och under den tiden ser man höga nivåer av PGE2 hos alla nyfödda. Man tror att kollapsen medieras av PGE2 och är associerad med magläge och hud-till-hud vård.

Femoral pulse examination ability to predict coarctation of the aorta

Fatine Khammari Nyström et al.

Med undersökning av femoralispulsar hos nyfödda hittar man bara 19 % av de med aortakoarctation. Slutsatsen blev att man måste förbättra metoderna för screening.

Mikrobiota: Vilken betydelse har mikrobiotika-överföring från mor till barn?

Lars Engstrand

Senaste 70 åren har infektionssjukdomarna minskat men sjukdomar korrelerade till immunförsvaret har ökat pga. ”den moderna livsstilen”. Vi föds som 100 % människa och dör som 90 % mikroorganism. 99 % av våra gener är bakteriella. Möjligheter att hitta nya läkemedel i vår egen bakterieflora? Av de faktorer som påverkar vår flora är antibiotika viktigast. Antibiotikabehandling kan påverka tarmfloran upp till fyra år efter avslutad behandling! Förlossningssätt påverkar mikrobiotan, mest upp till tre månaders ålder. Pågående och planerade studier om mikrobiom presenterades.

SYMPOSIUM: Svår neurologisk sjukdom hos mor/barn

Utredning av det neurologiskt svårt nyfödda barnet med epileptiska anfall eller avvikande muskeltonus

Niklas Darin

Ett ”smörgåsbord” presenterades innehållande bl.a. utredning av vitamin B6-beroende epilepsi och ”floppy infant”. Ett för mig häpnadsväckande fall presente-



Prins Carl Philip med pristagarna.

rades med film före och efter behandling med Ventoline! Den unge mannen hade en variant av myasteni. Tänkvärt också att vissa av myastenipatienterna blir bättre av en av de vanligare hostmedicinerna, Mollipect.

Den svårt neurologiskt sjuka gravida kvinnan

Karin Pettersson

Olika patientfall presenterades. Kvinnor med multipel skleros (MS) har mindre skov under graviditet men risken för skov ökar påtagligt efteråt. Graviditet förbättrar prognosen för MS. Det finns inga hinder för vaginal förlossning eller ryggbeövning.

Myastenia gravis har ett oförutsägbart förlopp under graviditet, 1/3 blir sämre. Vaginal förlossning rekommenderas, ev. med VE/tång i utdrivningsskedet om mamman blir muskelsvag. 12-15 % av de nyfödda barnen får en övergående neonatal myasteni pga. mammans antikroppar och därför rekommenderas noggrann observation postpartum. Dystrofia myotonika är den vanligaste formen av mus-

keldystrofi bland vuxna. Diagnosen ställs utifrån anamnes och symptom samt DNA-analys.

Spinalskada påverkar inte fertiliteten annat än direkt efter skadetillfället. Prekonceptionell rådgivning underlättar inför graviditet. Vid anemi bör järn ges intravenöst för att undvika förstoppning. De har större risk för UVI. Vidare kan de behöva trombosprofylax och man får tänka på trycksårsprevention. Autonom dysreflexi innebär en plötslig blodtryckstegring pga. autonom obalans i nervsystemet. Mamman kan få hjärnblödning utan behandling, men man kan också få en fosterpåverkan. Det är viktigt att eliminera utlösande orsak. Det kan vara svårt att veta när förlossningen startar pga. inga typiska symptom. Majoriteten kan föda vaginalt.

Sammanfattningsvis är det vid neurologisk sjukdom bra med rådgivning inför graviditet, bedömning av anestesilog under graviditet och de flesta kan föda vaginalt.

En RIKTIGT bra presentation!

Högtidsföreläsning: Gräv där du står

Jens Schollin

Föreläsaren är pediatriker/neonatolog och verksam som professor i Örebro. Huvudbudskapet var att vi ska engagera oss i ledarskap i sjukvården. Vidare tycker Jens att man kan och måste förena chefs- och ledarskap med klinisk verksamhet, och att det är viktigt med nätverk/kontakter både nationellt och internationellt.

Två matnyttiga dagar avslutades med att Maysae Quttineh fick priset för bästa föredrag efter omröstning bland deltagarna. Nästa perinatala vårmöte blir 19-20/4 i Falun.

Vid tangenterna,
Liselott Andersson, med bistånd av
Malin Strand, båda obstetrikere vid
Sunderby sjukhus

Nationellt möte om apikal prolaps

I Sydöstra sjukvårdsregionen (Östergötland, Jönköping och Kalmar) har vi som opererar prolaps sedan flera år träffats regelbundet för att diskutera bl.a. operationstekniker, evidens, forskning inom prolapskirurgi och knepiga fall. Det har bl.a. lett till ett ökat kunskapsutbyte och en del ändrade och gemensamma behandlingsrekommendationer. Dock har vi haft svårt att nå konsensus om hur apikal prolaps, d.v.s. framfall av livmoder/cervix eller vaginaltoppen (efter hysterektomi), bäst behandlas. Forskning inom kirurgi i allmänhet och kanske prolapskirurgi i synnerhet är svårt. De studier som finns är relativt små och sällan randomiserade och de större studier som finns är ofta finansierade av industrin. Det finns en relativt ny Cochrane-sammanställning (1) om behandling av apikal prolaps, där en av slutsatserna är att sakral kolpopexi (ett laparoskopiskt eller i vissa fall öppet abdominellt ingrepp med nät) ger färre komplikationer i form av prolapssymtom, recidiv, reoperation, de novo-stressinkontinens och dyspareuni jämfört med vaginala ingrepp mot apikal prolaps. Detta stämmer inte alls med vår erfarenhet i sydöstra regionen där vi i första hand opererar även de apikala prolapserna vaginalt. Laparoskopisk kirurgi eller laparotomi använder vi bara vid komplicerade recidiv, och dessa operationstyper utgör hos oss mindre än 5 % av operationerna mot apikal prolaps.

Med hjälp av GynOp-registret tog vi därför fram data på hur man opererar apikal prolaps i övriga Sverige. Av de 4 333 kvinnor som fått diagnoserna komplett eller inkomplett uterovaginal prolaps

eller vaginaltoppsprolaps efter hysterektomi (N81.2, N81.3 resp N99.2) i samband med sin prolapsoperation under tidsperioden januari 2015 till september 2017, hade 96 % opererats med vaginal operationsmetod. Hos 52 % hade man utfört någon form av fixation av vaginaltoppen (med eller utan nät). Det skiljer dock mycket inom landet vad gäller både antal patienter som opererats för dessa diagnoser och vilken operationstyp som väljs. Till exempel opererades under denna tidperiod 106 Stockholmskvinnor för dessa diagnoser, varav 83 % genomgick ett vaginalt ingrepp, medan man i Västra Götaland under samma tidperiod opererade 1166 kvinnor, varav 94 % vaginalt (bild). Det finns säkert många olika förklaringar till dessa skillnader, men det tycks i vilket fall som svenska kvinnor med framfall erbjuds olika vård beroende på var i Sverige de bor.

Det är alltså inte bara vi i sydöstra sjukvårdsregionen som inte följer rekommendationerna från Cochrane-rapporten och det tycks inte föreligga någon nationell samstämmighet om hur apikal prolaps bäst behandlas. Detta fick oss att tänka att det måste finnas många fler prolapskirurger i Sverige som tycker det är svårt att handlägga och operera kvinnor med apikal prolaps och idén om ett nationellt möte om just detta föddes. I samarbete med GynOp-registret och UR-ARG bjöd vi därför in de 100 prolapskirurger som opererat flest prolaps (eller åtminstone registrerat flesta av sina prolapsoperationer i GynOp) de senaste åren till ett möte om apikal prolaps. Vi bjöd också in föreläsare som är experter på olika operations-

metoder och/eller som drivit eller medverkat i studier om apikal prolaps.

Fredagen den 13 oktober var det så dags. Det blev en imponerande uppslutning och vi var 96 mötesdeltagare från Sunderbyn i norr till Ystad i söder som träffades på World Trade Center vid Stockholms Central. Nästan alla inbjudna föreläsare hade tackat ja så det blev en intensiv och innehållsrik dag.

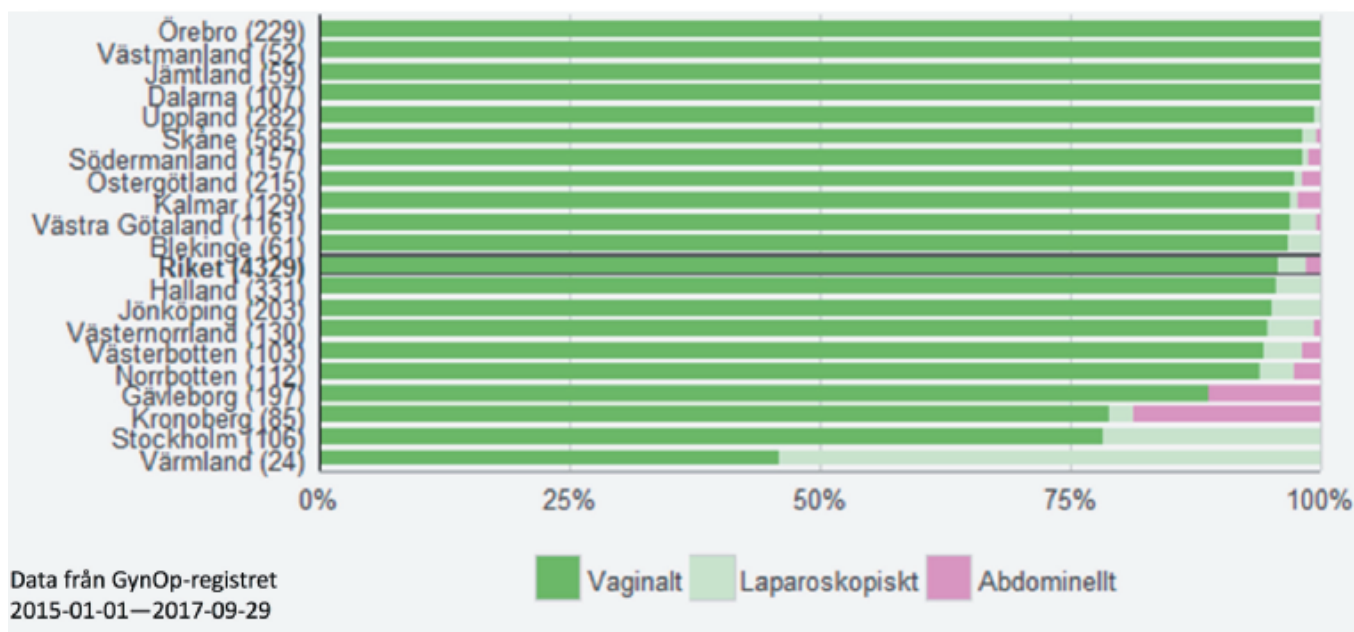
På förmiddagen inledde Folke Flam från Cevita Care AB GynStockholm med en historisk odyssey om prolapskirurgis och urogynekologin utveckling. Sedan berättade Jonas Gunnarsson från Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg om vaginal fixation av uterus till sacrospinousus-ligamentet. Förutom en gedigen genomgång av aktuell forskning fick vi visat hur sacrospinoususfixation praktiseras på Sahlgrenska samt vilka resultat man har med operationsmetoden. Dessutom fick vi höra citatet "Uterus is the victim – not the cause" (Mouritsen L. IUGA. 2005), ett påstående som kom att upprepas flera gånger under dagen.

Därefter redogjorde Marion Ek från Södersjukhuset i Stockholm om en studie baserad på data från GynOp-registret där man jämförde resultat av cervixamputation med resultat av vaginal hysterektomi vid uterusprolaps. Studien visade att cervixamputation verkar bota prolapsrelaterade symptom i samma utsträckning och ge samma patientnöjdhet, men innebär lägre perioperativ morbiditet och signifikant färre allvarliga komplikationer jämfört med vaginal hysterektomi. Sedan redogjorde Anju Zhang från Danderyds sjukhus för laparoskopisk sacral colpopexi och hur det praktiseras på deras klinik. Vi fick en hel del praktiska tips om preoperativa förberedelser av patienten, portplacering och operationsteknik och dessutom en presentation av resultat och komplikationer med operationstekniken, både från litteraturen och från den egna kliniken. Charlotta Ericson från Södersjukhuset, Stockholm visade därefter en snyggt ihopklippt operationsfilm som visade robotassisterad sacrocolpopexi på 10

minuter utan att missa något av de viktiga momenten. Sista föreläsningen innan lunch hölls av Jan Zetterström från Ultragyn/Sophiahemmet och handlade även den om laparoskopisk operationsteknik vid apikal prolaps, men utan robot-assistans. Vi bjöds på en omfattande genomlysning av evidensläget för laparoskopiska ingrepp mot prolaps och fick också höra om sacrouterina-suspension, en teknik utan nät man kan använda när sacrocolpopexi inte bedöms möjlig att genomföra. Vi hann också med en kort frågestund med alla förmiddagens föreläsare där bl.a. hysterektomi eller inte hysterektomi vid laparoskopisk prolapskirurgi dryftades och robotassisterade laparoskopiers roll för framtidens prolapskirurgi diskuterades.

På eftermiddagen bjöd Christian Falconer från Danderyds sjukhus på en föreläsning som belyste riskfaktorer för utveckling av apikal prolaps och påtalade den stora erfarenhet av vaginal kirurgi som finns bland svenska gynekologer samt de potentiella risker och svårigheter

Operationsteknik Diagnoser N81.2+N81.3+N99.3



avancerad laparoskopisk kirurgi innebär. Han redogjorde sedan för resultat från den nordiska TVM-gruppens multicenter-studier som visat goda 5-årsresultat för Upholdnätet (bilateral vaginal sacrospinoususfixation med litet lågviktsnät). Därefter fick vi höra Riina Aarnio från Akademiska sjukhuset i Uppsala berätta om operationsteknik för vaginal lateral fixation av framväggen utan nät, en operationsteknik som innebär ytterligare ett alternativ i behandlingsarsenalen mot de mest komplicerade prolapserna. Vi fick höra ännu ett tänkvärdt citat, denna gång angående patienternas egna önskemål om operationsteknik: "If one were to have his tonsils removed, would one rather have it done through his mouth or through an incision in the side of his neck?" (D. H. Nichols). Sista föreläsningen för dagen hölls av Riffat Cheema och Frank Svensson från Malmö respektive Kristianstad. De opererar patienter med apikal prolaps med en teknik med bilateral vaginal sacrospinoususfixation med icke-resorberbar sutur och har jämfört sina resultat med resultaten i GynOp efter alla Sveriges Uphold-operationer.

Dagen avslutades med öppna gruppdiskussioner där deltagarna fritt kunde förflytta sig mellan de grupper de var mest intresserade av. I grupperna fick man ta ställning till olika påståenden, som "Nu vet vi vilket ingrepp som ska vara standardingrepp vid apikal prolaps", "Alla kvinnor i Sverige med apikal prolaps får en jämlik vård med lika bra resultat", "Det är viktigt att det finns nationella riktlinjer för kirurgisk behandling av apikal prolaps" och "Ingrepp mot apikal prolaps ska centraliseras till vissa sjukhus". Sammanfattningsvis rådde relativ enighet om att vaginala ingrepp bör vara förstahandsmetod vid primäroperation och att andra tekniker ska övervägas vid recidiv. Det konstaterades att väldigt olika förutsättningar råder på olika kliniker beträffande bl.a. kompetens, utrustning och tillgång till operationsutrymme.



Professor Maria Sarberg vid podiet.

Prolapspatienterna utgör en relativt svag patientgrupp som prioriteras lågt. Vi behöver skrika i deras ställe, så politikererna hör! Det framkom önskemål om nationella riktlinjer och tydligare rekommendationer från UR-ARG. Ett minimikrav är att det finns nationella riktlinjer om vad man inte ska göra, för att stävja olämpliga metoder. Det kan vara önskvärdt att centralisera komplicerade ingrepp som t.ex. recidivoperationer inom varje region. Centralisering bör helst ske till centrum utan tumörkirurgi för att undvika undanträngning.

Det var fantastiskt roligt att se vilken uppslutning och vilket engagemang ett möte om ett så smalt ämne som apikal prolaps genererade. Många viktiga frågor belystes under dagen och det känns nu angeläget att arbeta vidare med dessa. Då vi som var på mötet är de mest erfarna inom prolapskirurgin i Sverige är det ju vi själva som kan och bör driva detta vidare. I en utvärdering till alla deltagare efterfrågar vi hur man själv kan tänka sig att fortsätta engagera sig. Förhoppningsvis kan vi tillsammans, med fördel genom UR-ARG, utforma de nationella riktlinjer vi själva efterfrågar. Ett ökat samarbete mellan klinikerna kommer behövas för

att få till stånd en eventuell centralisering av komplicerade ingrepp och kanske, kanske att det blir ett uppföljande möte i framtiden?

Maria Sarberg, Linköping

Referens

1. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with apical vaginal prolapse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 10. Art.No.: CD012376. DOI: 10.1002/14651858.CD012376

22-23 FEBRUARI 2018. UMEÅ

Nordsvenska gynekologsällskapets möte



Torsdag 22/2

12.00-13.00	Lunch	
13.00-13.10	Välkomna till mötet	<i>Marie Bixo Ida Gideonsson</i>
13.10-13.30	Nytt från NUS	<i>Eva Innala</i>
13.30-14.45	Könsdysfori, utredning, behandling och uppföljning	<i>Ove Bodlund Hannes Sigurjónsson Mojgan Pakbaz</i>
14.45-15.15	Kaffe och utställningsbesök	
15.15-16.00	Blood Patient Management	<i>Måns Edlund</i>
16.00-16.35	Studies on routine inquiry about violence victimization and alcohol consumption in youth clinics (avh)	<i>Anna Palm</i>
16.30-17.00	Rekonstruktion efter könsstympning	<i>Hannes Sigurjónsson</i>
17.00-17.30	Årsmöte Nordsvenska gynekologsällskapet	
19.00	Middag för deltagare och utställare	

Fredag 23/2

08.30-09.00	Pregnancy-related complications in Rwanda: prevalence, associated risk factors and health economic impact, and maternal experiences (avh)	<i>Jean Paul Semasaka Sengoma</i>
09.00-09.30	Vad händer efter en förlossningsskada?	<i>Karin Strigård Emma Holmbom Linnea Åström Ida Kastensson</i>
09.30-10.00	Kaffe och utställningsbesök	
10.00-10.30	Vad händer efter en förlossningsskada? forts.	
10.30-10.45	Ökad risk för klimakteriebesvär 1 år efter opportunistisk salpingektomi (ST-projekt)	<i>Elin Collins</i>
10.45-11.00	Preventivmedelsanvändning hos abortsökande	<i>Åke Berggren</i>
11.00-11.30	HOPPSA-studien	<i>Annika Idahl</i>
11.30-12.45	Lunch och utställningsbesök	
12.45-13.45	Svåra graviditetskomplikationer Fallbeskrivningar	<i>Anna-Carin Wihlbäck Erika Timby</i>
14.00-14.30	Audit om kontroverser inom obgyn	<i>Inger Aurell, Annika Idahl</i>
14.30-15.00	Mötet avslutas, kaffe	

Anmälan och information nås direkt via kalendarieret SFOG's hemsida.

Flickor i fara

– Risk för flickor att födas mer överburna än vad den beräknade graviditetslängden anger, eftersom de dateras fel vid rutinultraljudet.

Key Message

The gestational age of girls could be underestimated by ultrasound dating in the second trimester. Ultrasound dating in the first trimester and/or the use of gender-specific growth curves could solve this problem.

Bakgrund

En överburen graviditet innebär risker för både kvinnan och barnet. En tillförlitlig beräkning av graviditetslängden är nödvändig för säker vård. Det är tidigare visat att kvinnliga foster är mindre till storleken än manliga foster redan vid det rutinmässiga ultraljudet i den andra trimestern, att de dateras yngre och att överburna flickor oftare drabbas av perinatale komplikationer än överburna pojkar. Syftet med denna studie var att undersöka om det föds fler pojkar än flickor bland överburna barn och skillnader i perinatale komplikationer (intrauterin fosterdöd, lägre apgarvärden, lägre vikt, lägre pH i navelartären och mekoniumaspiration) mellan överburna pojkar och flickor, beroende på dateringsmetod (ultraljud i den andra trimestern och datum för senaste menstruation).

Katarina Björkman, MD
Kvinnokliniken, Falu lasarett, Falun
Jan Wesström, MD, PhD
Kvinnokliniken, Falu lasarett, Falun
Centrum för Klinisk Forskning
Dalarna, Falun
Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, Uppsala

Metoder

Vi använde journalhanteringssystemet Obstetrix® (Siemens Healthcare) för att identifiera och jämföra nyfödda flickor och pojkar födda under perioden 060213-140115 i landstinget Dalarna. 13 338 enkelbörder i graviditetsvecka ≥ 39 inkluderades.

Resultat

Efter graviditetsvecka 40 (daterat med ultraljud) föddes med stigande graviditetslängd fler pojkar än flickor. I graviditetsvecka 42+0, var kvoten nyfödda pojkar/flickor 1,7. Däremot var kvoten nyfödda pojkar/flickor daterade efter senaste menstruation konstant 1 genom alla graviditetsveckor. Överburenhet ökade riskerna för mekoniumaspiration

och låga apgarvärden, utan några påvisbara könsskillnader. Det senare beror sannolikt på att studiekohorten var för liten för att små utfall skulle kunna detekteras.

Slutsats

I graviditeter daterade med ultraljud i den andra trimestern föddes fler pojkar än flickor i överburna graviditeter. En sådan könsskillnad fanns inte i de graviditeter som daterades efter senaste menstruation. Detta stärker hypotesen att kvinnliga foster är mindre redan vid det rutinmässiga ultraljudet i den andra trimestern och att de därför dateras felaktigt yngre.

Referens

Björkman K, Wesström J. Risk for girls can be adversely affected post-term due to underestimation of gestational age by ultrasound in the second trimester. Acta Obstet Gynecol Scand 2015; 94:1373–1379

Advanced course in gynecological ultrasound 9 - 13th of April 2018

**Venue - Malmö, Skånes Universitetssjukhus,
Medicinsk forskningscentrum (MFC),
Jan Waldenströms gata 5**

ISUOG approved course

Course language English

Course directors: Lil Valentin

Povilas Sladkevicius

Ligita Jokubkiene

Invited speakers: Antonia Testa

Michal Zikan

Dorella Franchi

Davor Jurkovic

Gian Franco Zannoni

Sören Torp Pedersen

Ragnar Sande

Per-Åke Olofsson

This advanced course is suitable for obstetricians and gynecologists with at least basic knowledge of ultrasound and at least a fair amount of practical experience of gynecological scanning.

Course topics: Ultrasound physics and examination technique

Ultrasound safety

Ultrasound diagnosis of

- benign and malignant adnexal masses
- benign and malignant uterine pathology
- deep infiltrating endometriosis

The role of ultrasound in managing

- irregular vaginal bleeding
- pelvic pain
- early pregnancy complications

Screening for endometrial and ovarian cancer

Management of incidental ultrasound findings

Correlation between ultrasound findings and macroscopy

IOTA, IETA, MUSA terminology and IOTA certification test

The course is interactive with abundant case presentations and live scanings.

Registration fee: 10 000 SEK plus VAT (25%).

Deadline for registration 1st of February 2018.

For further information and registration please contact: dana.sladkeviciene@med.lu.se.



Bäckendysfunktion – behandlingsbart med specifik sjukgymnastik?

Sammanfattning

Kronisk bäckensmärtla hos kvinnor är vanligt, svårt att behandla och har ingen entydig diagnostik. Frågeställningen i denna studie är om den kan behandlas med specifik sjukgymnastik?

Metod: En deskriptiv pilotstudie inkluderande 14 kvinnor med bäckensmärtor som innan och efter behandling besvarade en enkät med frågor om sin smärta.

Resultat: Åtta av de 11 kvinnor som fullföljde studien förbättrades när det gällde de smärtor de upplevde som svårast. En kvinna fick värre smärtor.

Slutsats: Resultatet visar att sjukgymnastik av typen MET (muskelenergiteknik) som behandling mot kroniska bäckensmärtor bör fortsätta studeras.

Bakgrund

Kroniska bäckensmärtor är vanligt, med en prevalens på 15 % hos kvinnor, och innebär mycket lidande för enskilda individer och stora kostnader för samhället (1). I primärvården är prevalensen 2 % (2). Definitionen varierar, men beskrivs ofta som låga buksmärtor med minst 3-6 månaders duration.

Etiologin anses multifaktoriell, men de flesta kvinnor som får diagnosen har uppfattningen att deras besvär har okänd etiologi (1,3).

En Cochrane-review producerad 2014 konstaterar att behandlingen inte är självklar (3). Den artikeln visar att det finns studier som tyder på att vissa behandlingar har effekt, men det rör sig om oftast om enstaka studier. Progesteron har gett viss smärtlindring, och goserelin hade något bättre effekt än progesteron i en studie. Ultraljud i kombination med råd-

Lina Zetterholm, ST-läkare i allmänmedicin.

Medförfattare: **Jan-Ivar Wettavik**, fysioterapeut Sävars HC, Västerbottens läns landsting, och **Inga Sjöberg**, docent, överläkare, specialist i gynekologi och allmänmedicin, Västerbottens läns landsting.

givning har viss effekt, liksom skrivterapi. Utsträckning av smärtsamma bäckenstrukturer har effekt. I övrigt saknas bevis för behandlingarna eller så har de studier som gjorts varit av för dålig kvalitet. Kirurgi har ingen plats i behandlingen.

Vi misstänker att en del av de kroniska bäckensmärtorna kan förklaras av en muskuloskeletal problematik i bäckenet, en bäckendysfunktion. Vår kliniska erfarenhet är att genom stretching och mobilisering, ofta av sacrum, kan detta behandlas, och kvinnorna få betydande smärtlindring. Detta är en gren av ortopedisk medicinsk teknik som kallas MET (muskelenergiteknik).

En reviewartikel, Tu et al 2005, undersökte om något diagnostiskt test för muskuloskeletalta orsaker till bäckensmärtla har stöd i litteraturen men kunde inte finna detta (4). Det är visat att kvinnor med kronisk bäckensmärtla har muskuloskeletalta undersökningsfynd i stor utsträckning, men det är oklart vad som är orsak och verkan (7,8, 9)

Tu et al 2005 gjorde en review över behandlingar mot muskuloskeletalta orsaker till kronisk bäckensmärtla. Slutsatsen var att ingen rekommendation om behandling kunde ges, på grund av för få

och för dåligt gjorda studier (5). Samma slutsats drog av Loving et al 2011 när de undersökte om evidensbaserat stöd fanns för sjukgymnastisk behandling (6).

Vi har inte kunnat hitta några studier gjorda på sacrummobilisering som behandling mot kroniska bäckensmärtor.

Syftet med vår studie var att undersöka om kvinnor med kroniska bäckensmärtor förbättras av specifik sjukgymnastik.

Metod

Studien var en deskriptiv pilotstudie utan kontrollgrupp, inom ramen för ST-läkarens vetenskapliga arbete, med målet att inkludera 15 kvinnor. Syftet var att mäta om intensiteten i deras bäckensmärtla minskade med specifik sjukgymnastik, som grundar sig på MET (muskelenergiteknik) och är en del inom OMT (ortopedisk medicinsk teknik). Deltagarna rekryterades från undervisningsmottagningen i gynekologi på Ersboda Hälso-central, Umeå. Alla de kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna erbjöds att delta i studien.

Inklusionskriterierna var: kvinna, över 18 års ålder, bäckensmärtor med kliniska tecken på muskuloskeletalta dysfunktion (ömhets över inre ligament och/eller muskler vid gynekologisk undersökning, påverkad rörlighet i SI-leder), duration minst 3 månader, övrigt gynekologiskt status inklusive ultraljud utan anmärkning och bukstatus utan anmärkning (bortsett från smärta).

Alla deltagare gavs skriftlig och muntlig information om studien, och skrev under en samtyckesblankett innan de inkluderades. De kvinnor som inkluderades genomgick sedan sjukgymnastisk

behandling i två sessioner, utfört av samma sjukgymnast. Under första session instruerades de i stretching, under andra sacrummobiliserades de av sjukgymnast.

Effekten av behandlingen mättes i enkäter, som kvinnorna fick svara på före, direkt efter och tre månader efter avslutad behandling. Frågor ställdes om var de hade ont, hur ofta de hade ont och de fick skatta sina smärtor när de hade som mest och som minst ont. De fick skatta sin livskvalitet.

Tillstånd söktes från regionala etikprövningsnämnden, som inte hade några etiska invändningar.

Data analyserades statistiskt med Excel och SPSS.

Resultat

Mellan september 2015 och juni 2016 rekryterades 14 kvinnor. Medianåldern var 44 år (spridd mellan 21 och 68 år). 11 av dessa fullföljde studien, tre avbröt innan första session hos sjukgymnast, två på grund av tidsbrist, och en tredje har inte gått att nå.

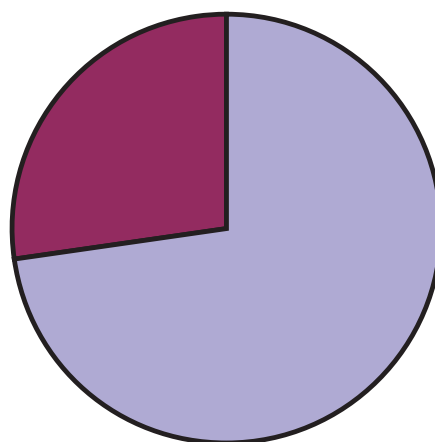
En förbättring hade vi i förväg definierat en minskning i smärtintensitet med två enheter på en skala 0-10. Åtta deltagare upplevde en förbättring när det gällde sina värsta smärtor (p-värde 0,219 beräknat med McNemars test), fyra stycken när det gällde sina lindrigaste smärtor.

Vid första enkäten, innan behandling, låg deltagarnas värsta smärtintensitet i medel på 7,6, vid andra enkäten, efter första träff med sjukgymnast, på 7,2 och vid sista enkäten, 3 månader efter behandling, på 5,7. En kvinna ökade sin smärtintensitet från enkät 1 till enkät 3, åtta stycken minskade smärtintensiteten, och två stycken hade oförändrad smärtintensitet.

Avseende när de upplevde som minst smärta var det ingen som ökade sin smärtintensitet, nio stycken minskade sin smärtintensitet, och två stycken hade oförändrad smärtintensitet.

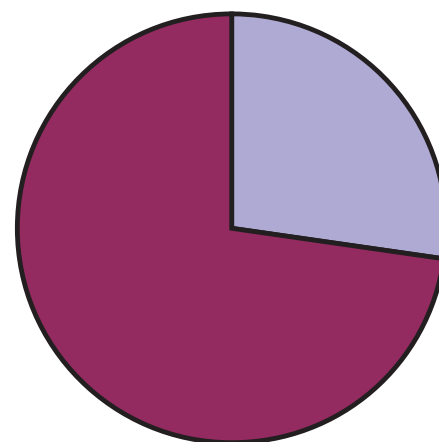
Från enkät 1 till enkät 3 var det 5 deltagare som fick minskad frekvens av smärteepisoder, 6 stycken hade oförändrad frekvens, och ingen hade ökad frekvens.

Förändring av smärtintensitet
När du har som mest ont



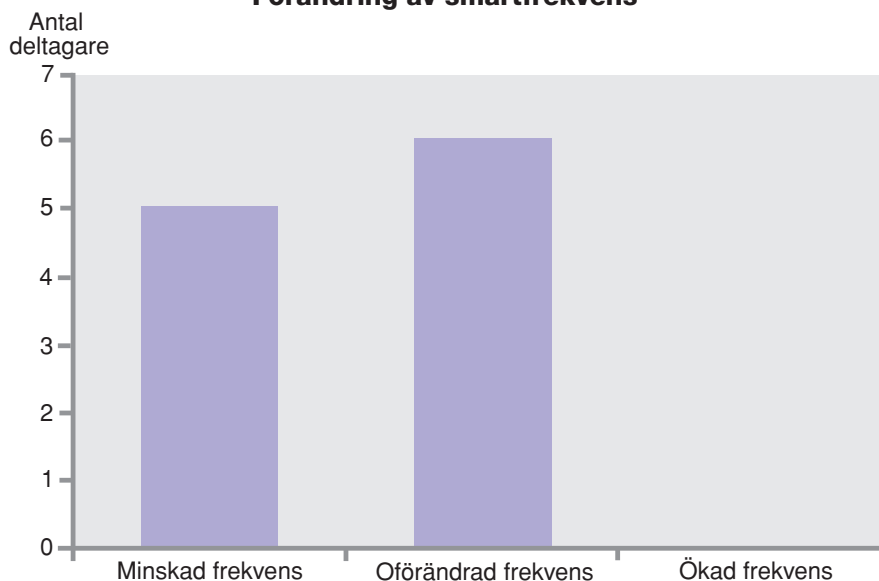
■ Förbättring
■ Ingen förbättring

Förändring av smärtintensitet
När du har som minst ont



■ Förbättring
■ Ingen förbättring

Förändring av smärtfrekvens



Vid enkät 1 hade sju deltagare smärtor dagligen, fem deltagare smärtor flera gånger i veckan, och två deltagare smärtor ett par gånger i månaden. Vid enkät 3 hade tre deltagare dagliga smärtor, tre deltagare smärtor flera gånger i veckan, en deltagare smärtor en gång i veckan, tre deltagare smärtor flera gånger i månaden och en deltagare hade smärtor mer sällan.

Livskvaliteten var vid första enkäten i medel 6,9, och vid sista enkäten 7,0.

Vid första enkäten var den vanligaste smärtlokaliseringen långt ner i magen (10 deltagare), följt av bäckenet (9 deltagare) och långt ner i ryggen (8 deltagare).

Diskussion

Syftet med vår studie var att se om en viss typ av sjukgymnastisk behandling av

kroniska bäckensmärter hos kvinnor med status tydande på muskuloskelettal dysfunktion kan ha någon positiv effekt. Med tanke på att åtta av de elva kvinnorna som fullföljde studien förbättrades, anser vi det.

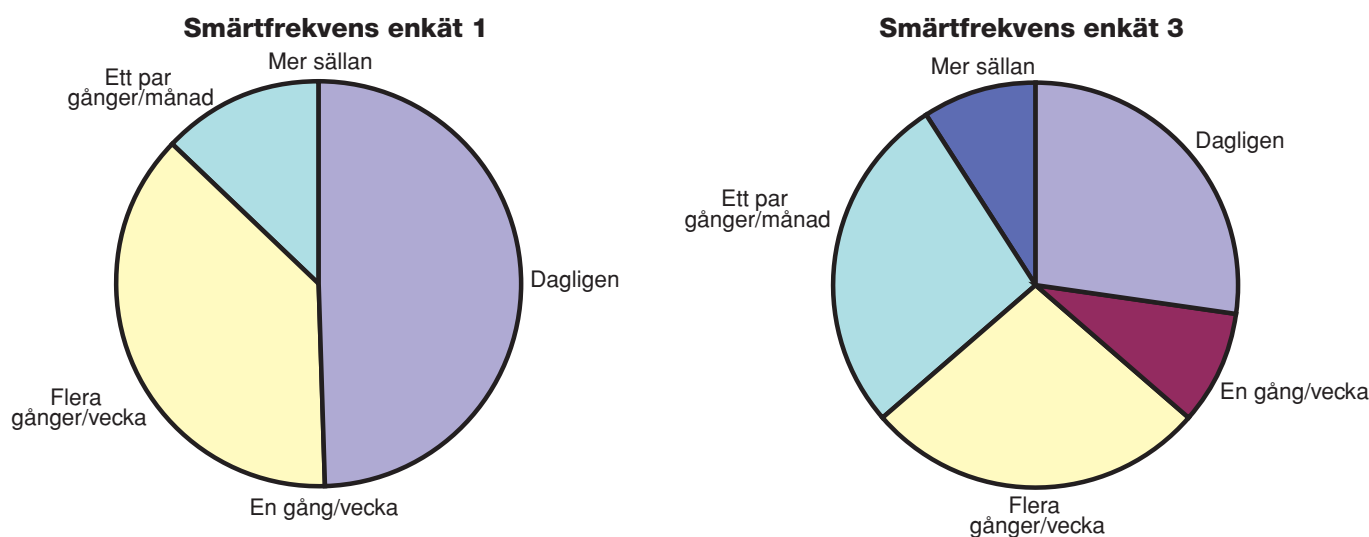
Två stycken hade oförändrade smärtor, och en fick ökad smärtintensitet. Att inte fler förbättrades med vårt i förväg bestämda effektmått kan förklaras av att sex stycken deltagare vid första enkäten skattade en smärtintensitet lägre än 2, och därför inte kunde uppnå förbättring.

Livskvalitetsfrågan var för enkelt utformad för att ge några resultat.

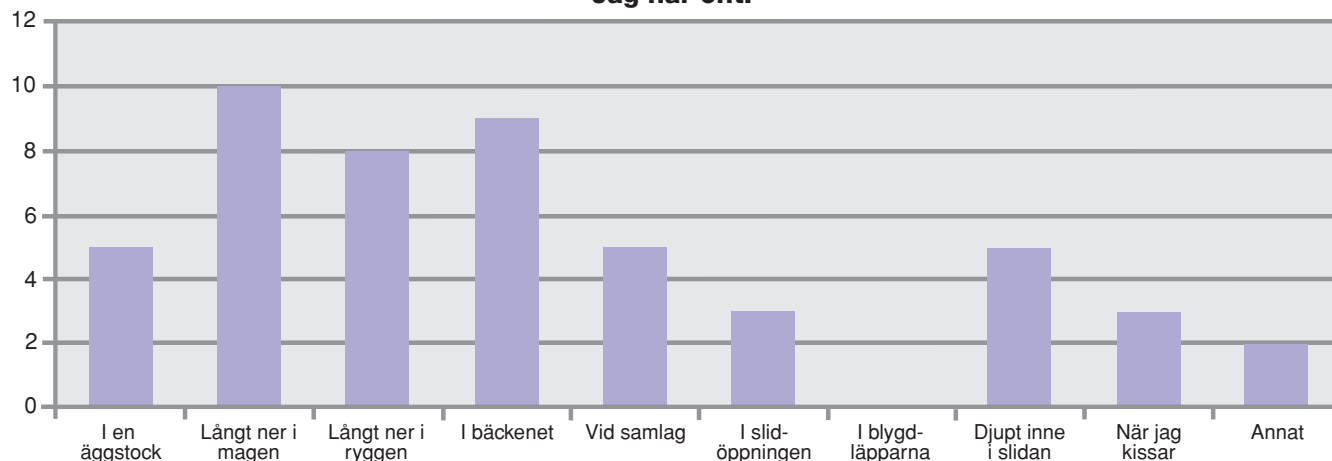
Alla kvinnor hade inte nytta av behandlingen. Kroniska bäckensmärter beror på multifaktoriell etiologi, och det

finns inget säkert diagnostiskt test för att skilja ut de kvinnor vars smärtor är rent muskuloskelettalt orsakade. Om diagnosen kunde skärpas, skulle det kanske vara möjligt att bara behandla dem som kan tillgodogöra sig behandlingen.

Detta är en liten pilotstudie av en problematik som är dåligt känd, och där det finns få studier gjorda. Behandlingen har hjälpt de flesta kvinnorna, och inte skadat någon (med personlig kännedom om den patient som försämrades.) Givetvis kan man inte utesluta att behandlingseffekten orsakades av själva kontakten med fysioterapeuten eller ett spontant tillfrisknande, så ytterligare större och randomiserade studier behövs.



Jag har ont:



Författarinstruktioner

Manus skickas via e-post till redaktören:

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 PDF-filer 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 Word 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.**

8. Plocka inte bilder från nätet, de har alltför dålig upplösning för att kunna tryckas. ■

ÅRSAVGIFTER

Medlemsavgift SFOG

1200:-

Inkluderar medlemskap i NFOG samt prenumeration på Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavia samt ARG-rapportabonnemang (400:- per år och avser genomsnittligt tre rapporter)

Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär, fr o m det år man fyller 66 år)

600:-

Intressegrupper inom SFOG

Mödrahälsovårdsöverläkargruppen

Ordförande

Caroline Lilliecreutz
Kvinnokliniken plan 14
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
E-post: caroline.lilliecreutz@regionostergotland.se

Sekreterare

Anna Bäckström
Landstinget Västernorrland
E-post: modrahalsovardsoverlakare@lvn.se

Obstetiker och gynekologer under utbildning (OGU)

Ordförande

Paulina Arntyr Hellgren
KK, Universitetssjukhuset Örebro
Tel: 019-602 20 01
E-post: paulina.arntyr.hellgren@regionorebrolan.se

Sekreterare

Therese Friis
KK, Akademiska sjukhuset
Uppsala
E-post: therese.friis@akademiska.se

Privatgynekologerna

Ordförande

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

Sekreterare

Teresia Ondrasek Jonsson
Ondrasek Läkarmottagning
Storgatan 1
852 30 Sundsvall
Tel: 070-661 04 64
E-post: teresia.ondrasek.jonsson@ptj.se

Kassör

Katarina Johansson
HELSA Specialistvård
St Larsgatan 42
582 24 Linköping
Tel: 013-460 10 00
E-post: katarina.johansson@helsa.se

Webmaster

Johanna Andersson
Aleris Specialistvård Sabbatsberg
Olivecronas väg 1
113 61 Stockholm
E-post: johanna.andersson@aleris.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: Margita Gustafsson
Kungsbacka Närsjukhus
margita.gustavsson@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: Elizabeth Nedstrand
Kvinnokliniken Universitetssjukhuset
Linköping
elizabeth.nedstrand@regionostergotland.se

GLOBAL-ARG

Ordförande: Birgitta Essén
Inst för kvinnors och barns hälsa
IMCH
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala
birgitta.essen@kbh.uu.se
Sekreterare: Michael Algovik
Global-ARG@telia.com

Hemostasrubbningar HEM-ARG

Ordförande: Anna Hagman
Norra Älvsborgs Länssjukhus NÄL
461 73 Trollhättan
Tel: 010-435 00 00
anna.c.hagman@vgregion.se
Sekreterare: Hanna Östling
Universitetssjukhuset Örebro
Tel: 019-602 18 19
hanna.ostling@regionorebrolan.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@regionostergotland.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.moegelin@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: Sophia Brismar

Danderyd

sophia.brismar-wendel@ds.se

Tonårsgynekologi TON-ARG

Ordförande: Lena Marions

KK, Södersjukhuset

lena.marions@ki.se

Sekreterare: Pia Jakobsson Kruse

Sundsvalls sjukhus

KK, Södersjukhuset

pia.jakobsson-kruse@sodersjukhuset.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

Ove Axelsson

SFOG-Kansliet

Drottninggatan 55, 2 tr

111 21 Stockholm • Tel: 08-440 01 75

E-post: ove.axelsson@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.

Obstetiker/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