

Medlemsbladet 5

2003

NR



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



MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Inger Sundström-Poromaa
tel: 018-611 57 64

Layout: Moniqa Frisell

Adress: SFOG-kansliet, Box 738,
101 35 Stockholm

Besöksadress: Klara Östra Kyrkogata 12 (LRF)
tel: 08-440 01 75 fax: 08-22 23 30
ml.schyberg@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Åsa Magnusson
asa.magnusson@lthalland.se

SFOGs styrelse 2003:

Ordförande: Doc Margareta Hammarström
Octaviakliniken, Tideliugatan 22,
118 69 Stockholm

tel: 08-690 62 70, fax: 08-690 62 76
margareta.hammarstrom@octavia.ptj.se

Vice ordförande: Doc Göran Berg
Barn/Kvinnocentrum, Linköpings Universitets
sjukhus, 581 85 Linköping
tel: 013-223132 fax: 013-14 81 56

goran.berg@lio.se

Facklig sekreterare: Dr Birgitta Segeblad
KK, Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand,
851 56 Sundsvall
tel: 060-18 10 00 fax: 060-18 15 57
birgitta.segeblad@lvn.se

Vetenskaplig sekreterare: Doc Pål Wölner-
Hanssen
Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Lund,
221 85 Lund,
tel: 046 - 17 25 20

e-post: pal.wolner-hanssen@gyn.lu.se

Skattmästare: Doc Jan Rydnert
KK, Länssjukhuset, 301 85 Halmstad
tel: 035-13 66 10 fax: 035-13 66 28
jan.rydnert@lthalland.se

Redaktör: Åsa Magnusson
KK, Varbergs sjukhus,
tel: 0340-48 10 00

asa.magnusson@lthalland.se

Utbildningssekreterare: Lisskulla Sylvén
KK, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm,
tel: 08-517 740 64, fax: 08-31 81 14
lisskulla.syven@ks.se

Övriga ledamöter: Dr Nils Fryklund
KK, Länssjukhuset, 301 85 Halmstad
tel: 035-13 10 00 fax: 035-13 66 28
nils.fryklund@lthalland.se

Dr Christina Gunnervik, Kvinnokliniken,
Värnamo sjukhus, 331 85 Värnamo
tel: 0370-69 73 15 fax: 0370-69 73 08
christina.gunnervik@ljkpg.se

Dr Karin Ståhlberg, Kvinnokliniken,
Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala
tel: 018611 00 00 karin.stalberg@kbb.uu.se

Tryck: Elanders Tofters, Östervåla

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



Kära medlemmar

Hösten är här, mörker och regn råder denna sista oktoberdag i Stockholm. De senaste veckorna har rapporterna om ekonomisk kris i landstingen duggat tätt över landet. I Stockholm skall ånyo stora strukturförändringar göras. I Norrbotten har man trots höga kostnader och protester från professionen beslutat att Kiruna BB skall öppnas. I Östergötland har man presenterat en prioriteringslista över vad som inte skall bekostas av offentliga medel. Även inom Västra Götaland pågår ett intensivt arbete. De prioriteringar som görs i sjukvården skall vara öppna, och ur den synpunkten är det bra att det förs en diskussion om vad vi gör inom den offentligt drivna sjukvården. En konsekvens analys och en utvärdering är naturligtvis mycket viktig. SFOG har inom ramen för Svenska Läkaresällskapets Prioriteringsgrupp varit aktiva att försöka ta fram ett systematiskt underlag för att skapa vertikala prioriteringslistor inom vår specialitet. Detta arbete kommer att diskuteras vid ett gemensamt möte den

8 december för de specialiteter som deltagit (läs mer på www.sfog.se). Det är viktigt att vi inom professionen är aktiva i prioriteringsarbetet så att vi inte avhänder oss det till politiker och tjänstemän, det är vår kunskap som måste ligga till grund för de prioriteringar som görs. I Stockholm har förslaget om att patienterna själva skulle stå för kostnader för den hitintills landstingsfinansierade IVF behandlingen just dragits tillbaka, kanske för att professionen kunde visa att behandling av barnlöshet återfinns i prioriteringsgrupp tre.

Svenska Läkaresällskapets utbildningsdelegation presenterade på fullmäktige i oktober ett förslag till utvärdering av specialistkompetens. Man skriver att utbildningen bör utvärderas fortlöpande. Skälet till att man förespråkar en utvärdering är patientsäkerheten -en formaliserad utvärdering av utbildningen med öppet redovisade krav ger den kvalitetsgaranti som patienterna har rätt att fordra. Även andra skäl förs fram - som tryggheten för den

I DETTA NUMMER

Rapport från SFOG:s årsmöte i Trollhättan	7
Specialistexamen i Göteborg	13
Specialistexamen 2003	13
Några erfarenheter med prontasil vid obstetriska-gynekologiska kliniken, Lund	17
Vad händer med våra SK-kurser egentligen? Gabriel Gräslök	21 23
Diagnoshandbok för Kvinnosjukvården	24
PRICES AND THE YOUNG SCIENTIST AWARD	26
Kalendarium	32
Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG	34
Intressegrupper inom SFOG	36
Nya avhandlingar	37
Examensarbeten	40

— Ordförande har ordet —

enskilda läkaren som vet sig ha en säkerställd kompens men också resursskäl -krav kan ställas på resurser till utbildning, handledning mm. En utvärdering ger också möjlighet att ur utbildningssynpunkt utvärdera organisationen. I sin utformning föreslås utvärderingen ske fortlöpande. Detta föreslog också SFOG i sitt remissvar om specialitetsutredningen (Se hemsidan)

Vårt arbete med att försöka ge specialitetsföreningarna ökat inflytande i Läkaresällskapet fortsätter. Tillsammans med de andra specialitetsföreningarna i kirurgrådet arbetar vi nu för att avskaffa den obligatoriska anslutningen till yrkesföreningarna. Anslutningen bör vara frivillig och man kan då se vilket mandat medlemmarna önskar ge respektive del-förening i Sveriges Läkarförbund.

Arbetet för att genomföra årsmötet år 2004 pågår för fullt Mötet kommer att börja på onsdagen den 25 augusti och avslutas

på fredagen i samma vecka. Det blir alltså en dag längre och ett första steg mot SFOG veckan. Utrymme kommer att finnas för AR-grupper och intressegrupper att ha möten i anslutning till årsmötet. Själva årsmötet kommer att inledas på onsdagen med OGU:s symposium. Det sociala och vetenskapliga programmet är väl värt en resa till Stockholm. ST-läkarna kommer att kunna deltaga till en lägre kostnad för kliniken. Planera redan nu att låta många få resa till Stockholm!.

I dagarna står riksstämman inför dörren, SFOG:s program äger rum onsdag och torsdag. På onsdagen äger också medlemsmötet rum. Välkomna!

SFOG har länge drivit frågan om den gravida kvinnans rätt till en månads ledighet före förlossningen. Det förefaller som om detta arbete som påbörjades redan under tidigt nittital nu börjat ge resultat. I skriften "Gravida kvinnors situation

(2003:7)" skriver Riksförsäkringsverket "...en lösning kan vara att erbjuda ett mer generellt stöd till gravida kvinnor". Det vore fantastiskt om detta tålmodiga arbete kunde ge resultat.

Med detta utskick får ni också den reviderade Diagnoshandboken. Karin Pihl har som alltid lagt ned ett stort och seriöst arbete att få till stånd denna nu uppdaterade upplaga. Stort Tack!. Boken har också lite mer bladdertåliga pärmar. Det exemplar Du får är Ditt eget. Alla verksamhetschefer har fått ett brev om möjligheten att beställa boken till sin klinik och det finns också möjlighet att göra extrabeställningar via blankett i detta nummer av medlemsbladet.

Väl mött på riksstämman!

Margareta Hammarström ■



Kolleger,

Vid årets Kirurgrådsmöte diskuterades bland annat medlemsobligatoriet i Läkarförbundets lokalföreningar och yrkesföreningar. Representanter från de flesta opererande specialiteter var där och representerade en rätt stor andel av Sveriges läkarkår. Vi enades om att skriva under på en inlägga till Läkartidningen som kirurgerna hade författat. Den gick ut på att obligatoriet bör upphöra, så att Läkarförbundets medlemmar fritt kan välja om de också vill vara medlemmar i en lokal förening eller en yrkesförening. Om obligatoriet upphör behöver styrelsen i Sjukhusläkarföreningen, liksom i alla andra föreningar, anstränga sig för att få medlemmarna att vilja bli kvar i föreningen. Att värva medlemmar tycker tydligen inte Sjukhusläkarföreningens ordförande är produktivt. Till Sjukhusläkaren (2/2003) har hon uttalat: "Nej, om man tog bort obligatoriet kommer så mycket kraft att gå åt att skaffa och behålla medlemmar att det blir för lite energi kvar till sakfrågorna". Om man kan bli ordförande med en sådan inställning är det desto större grund att obligatoriet upphör.

Årets Riksstämman börjar för vår del på onsdag 26 november med ett symposium om inkontinens, arrangerat av urologerna i sal C 2/3 (ej som angivit i fickkalendern). Det lär bli fokus på urge inkontinens, och borde därför vara av intresse för många gynekologer. Därefter talar vår inbjudna gästföreläsare (sal A6) från New York, professor Kutluk Oktay, om frysförvaring

av ovarialvävnad. Allt flera flickor växer upp efter botande cancerbehandling i barnåren eller tonåren. Deras ovarier är ofta utsläckta efter cytostatika eller strålbehandlingar. Flickor med Turner syndrom har oocyter från början, men har gjort sig av med dessa innan de når reproduktiv ålder. På olika håll i världen, bland annat vid Huddinge Sjukhus, Sahlgrenska Sjukhuset och Rigshospitalet i Köpenhamn görs ensidig oophorektomi från några av dessa flickorna innan behandlingen påbörjas eller turnerflickorna gjort sig av med sina oocyter. Vävnaden cryopreserveras till dess man i framtiden kanske har bra metoder att utmogna oocyterna in vitro eller återtransplantera vävnaden till patienten. Professor Oktay har engagerat sig mycket i frågan och är kanske den som har mest erfarenhet av återtransplantation av frysförvarad ovarialvävnad. I den andra ändan av skalan, så att säga, när ovarierna normalt har blivit av med oocyterna, har frågan om och hur länge man skall ge HRT blivit allt hetare. Studier har visat att behandlingen innebär ökade risker för tromboser, bröstcancer och kanske även för Alzheimers sjukdom. Samtidigt finns det hållpunkter för att den ökade risken är begränsad till de som använt HRT med kontinuerlig, men ej cykliskt gestagen. Dessa frågeställningar belyses i SFOGs symposium om östrogenbehandling onsdag eftermiddag. På torsdagen har vi ett sektionssymposium som fokuserar på de allt större foster man möter i det obste-

triska vardagslivet. Skall förlossningen sättas i gång innan de blir för stora, eller skall man vänta på eventuellt mera effektiva spontana verkar? Efterföljande har SFOG ett sektionssymposium om utredning och behandling av endometriosis. Symposiet arrangeras av Endometriosis-ARG som en fortsättning av vår nyetablerade tradition – att låta AR-grupper stå för arrangemang vid Riksstämman. Vi ser gärna att andra AR-grupper redan nu kommer med symposieförslag för nästa års Riksstämman då det växande barnet är tema. Symposieförslag som rör huvudtemat har alltid störst chans att bli Riksstämmasymposier. Perinatologiska ämnen är ett "must" nästa år!

Nu har jag i två år ensam stått för denna spalt i Medlemsbladet. Det har varit en tradition att vetenskapliga sekreteraren skriver spalten. Hur länge och varför vet jag inte. Men det är klart att både utbildningssekreteraren och fackliga sekreteraren har information och åsikter som borde komma medlemmarna tillgodo. Styrelsen har därför bestämt att spaltskrivandet skall varvas mellan de olika sekreterarna från och med nästa år (Puh, då kan jag vila pennen).

Med kollegiala hälsningar

Pål Wölner-Hansen

Vetenskaplig sekreterare

e-mail: pal.wolner-hanssen@gyn.lu.se ■

REDAKTÖRENS RUTA

Jag ska be att få tacka för mig som redaktör. Det har varit fantastiskt roligt under dessa år att få arbeta med Medlemsbladet och jag är hemskt tacksam för alla er som bidragit till att göra detta till en läsvärd tidning. Efter årsskiftet tar Åsa Magnusson över som redaktör och hennes adress hittar ni nedan. Skulle det vara så att enstaka manuskript hittar vägen över min e-mail brevlåda kommer jag givetvis att vidarebefordra dessa.

Inger Sundström-Poromaa

Följande tider gäller för medlemsbladet 2004:

Nr	Deadline	Utkommer
1	26/1	v 9
2	22/3	v17
3	17/5	v 24
4	6/9	v 41
5	1/11	v 49

Manus skickas eller faxas till nedanstående adress:

Redaktör Åsa Magnusson • KK, Varbergs sjukhus • 432 81 Varberg

Telefon 0340-48 10 00 • Telefax: 0340-67 92 58

E-post: asa.magnusson@lthalland.se

Adressändring skall göras till

Marie-Louise Schyberg • SFOG-Kansliet • Box 738 • 101 35 Stockholm

Nya medlemmar

Ylva Andersson, Norrköping

Sofia Bernhardt, Trollhättan

Kerstin Bolin, Karlstad

Heidi C Eriksen, Karstad

Jóhannes Heimir Jónsson, Lund

Susanne Hesselman, Östersund

Drita Hurtic, Örebro

Francis Jymfiat, Borås

Anna-Carin Lundin, Linköping

Janusz Marcickewicz, Varberg

Katarina Remaeus, Stockholm

Johanna Stiller-Lindskog, Varberg

Sahruh Turkmen, Umeå

Jenny Åslund, Sundsvall

Instruktioner till författare:

Det är av stor vikt och underlättning för arbetet med medlemsbladet om manus skickas via e-post eller på diskett. Följande regler underlättar processen.

1. Vi kan ta emot följande filformat: rtf, Word 7.0 eller äldre version (både Mac och PC), Pagemaker 6.5 (OBS! Dessa ska vara zippade, skicka ej PDF filer).

2. Skicka manuskript direkt till redaktören via e-post asa.magnusson@lthalland.se eller på diskett till adress: KK, Varbergs sjukhus, 432 81 Varberg

3. Gör inga egna avstavningar utan låt texten flöda över automatiskt till nästa rad (detta gäller vare sig om ordbehandlingsprogram har avstavningsprogram eller inte).

4. Gör en blankrad mellan varje nytt stycke.

5. Använd programmets tabuleringsfunktion eller tabellfunktion vid inskrivning av tabeller, inte mellanslagstangenten.

6. 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.

7. Kom ihåg att skicka med logotyper och bilder som egna bildfiler. Bildfiler bör ha en upplösning på mer än 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 jpeg eller eps.

Rapport från SFOG:s årsmöte i Trollhättan

Som utlovats i förra numret av Medlemsbladet kommer här ett antal referat från de parallella workshops som hölls under SFOG:s årsmöte i Trollhättan.

Workshop om Vikt och hormoner

Eva Dahlgren: När man talar om vikt tänker vi oftast på övervikt som är ett växande problem. Mer än 12% av populationer i I-länderna har ett body mass index (BMI) > 30 kg/m². Med en BMI > 30 utgörs nästan halva kroppsvikten av fettväv. Övervikt är en oberoende riskfaktor för utveckling av diabetes mellitus (NIDDM), och bukfetma är höggradigt korrelerat till insulinokänslighet i vävnaderna och stigande insulinnivåer. Hos kvinnor med polycystiskt ovarialsyndrom är risken att utveckla NIDDM upp till 10 ggr högre än hos kvinnor utan syndromet. För att få menarche krävs 17 % fettväv och för att upprätthålla regelbundna menstruationscykler krävs 22 % fettväv.

Rökare har lägre BMI men högre midjehöft kvot (WHR). Vid rökstopp ökar BMI men WHR minskar.

Näringsbehovet under graviditet och amning är 2 kg fettväv vilket lagras gluteofemoralt och abdominellt. Prolaktin aktiverar lipolysen i femoralfettet och depåerna är förbrukade efter 6 månader. Svenska kvinnor lagrar mer fett och WHR ökar efter varje graviditet. I SPAWN-studien (inkluderande 2342 kvinnor) fann man 2,5 år efter en graviditet mellan 0,5 till 3,8 kg viktökning.

Angelica Lindén Hirschberg ställde frågan om hormonella förändringar är primära eller sekundära vid anorexi. Hon visade det komplicerade samspelet mellan olika hormoner vid reglering av aptit- och energihomeostasen, och poängterade särskilt att CRH är förhöjt vid anorexia nervosa, men normaliseras när vikten återhämtas.

Eva Dahlgren
KK/ SU Göteborg
Angelica Lindén Hirschberg
KK/KS, Stockholm
Jan Holte
Carl von Linnékliniken, Uppsala.

Hur påverkar olika steroider vikten?

Östrogen minskar födointaget via en central mekanism, ökar lipolysen och fördelar fett till gluteofemoralregionen. Progesteron (i närvaro av östrogen) ökar födointaget och ökar kroppsvikten. Testosteron ökar födointaget via en central mekanism och ökar kroppsvikten, dock huvudsakligen muskulaturen. Glukokortikoider ökar födointaget och ökar fettväven abdominellt, huvudsakligen visceralt.

Bulemi är det en hormonell sjukdom?

Man har funnit ökad förekomst av menstruationsstörningar hos bulemiker och har föreslagit ett samband mellan PCOS och bulemi. I en studie av 81 bulemiker fann man en 10 ggr högre frekvens menstruationsstörningar (32%), en högre hirsutism score och högre nivå fritt testosteron jämfört med de 61 kontrollerna.

Ger P-piller en viktuppgång?

Enligt en Cochrane review från 2003 kan någon viktuppgång av p-pillerbehandling inte påvisas. I en till JCEM inskickad studie av viktpåverkan av p-piller hos oligomenoriska atleter, regelbundet menstruerande atleter och fysiskt inaktiva kontroller fann man att de oligomenoriska atleterna fick en signifikant vikt-

ökning av p-piller men inte de två andra grupperna.

Är viktökningen i klimakteriet åldersberoende, hormonberoende eller HRT-beroende?

Postmenopausalt minskar den fysiska aktiviteten, fettväven ökar och omfördelas till den abdominella regionen. HRT ökar inte fettväven totalt, men omfördelar den mot gluteofemoralregionen.

Testosteronbehandling i klimakteriet – av godo för lusten men av ondo för metabolismen?

Man fann en lätt ökning av triglycerider och en minskning av insulinkänsligheten i vävnaderna, även när testosteron kombinerades med östrogen.

Jan Holte: Polycystiska ovarier är en genetisk normalvariant, som föreligger hos minst 20% av kvinnorna i reproduktiv ålder.

Cystorna i PCO är viabla antralfolliklar, som är fullt funktionsdugliga vid IVF.

Utvecklingen från PCO till PCOS är både genetiskt och nutritionellt styrd. Vid övervikt utvecklas anovulation, oligomenorré, hirsutism och acne. Viktökningen, som ofta leder till bälftema, leder till en insulinresistens, vilket leder till sänkt SHBG, ökad nivå fritt androgen och anovulation.

PCO finns i hög frekvens i olika nomadpopulationer. Insulinresistensen är i situationer av näringsbrist en överlevnadsfaktor, men i situationer av näringsöverflöd en riskfaktor för att utveckla ett metabolt syndrom.

Workshop om kulturmöten och kulturkrockar i kvinnosjukvården

I workshopen "Kulturmöten och kulturkrockar i kvinnosjukvården" deltog **Rose-Marie Holst**, (RMH), överläkare KK Östra, Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, **Ingrid Schiöler**, (IS) flyktingkonsulent vid Röda Korset i Göteborg och **Eva Smith Knutsson**, (ESK), överläkare KK, NÄL, Trollhättan, som också var moderator.

Ett 40-tal åhörare deltog, varav omkring 15 deltog i diskussionen efter panelens inlägg.

IS har stor kunskap om romer. Hon berättade om olika romer: det finns allt från moderna välintegrerade grupper till analfabeter som står utanför samhället och som ingenting vet om underliv, vilket är tabu. Finska romer – dem vi ser i samhället med 12-20 m svart sammet i dräkten, resandefolket (som förr kallades tattare), utomnordiska grekisk-ortodoxa och katoliker samt bosniska muslimer. Av 70.000 bosniska flyktingar i Sverige är större delen romer.

IS berättade utförligare om finska romska kvinnor, som har ett mycket välbevarat kulturellt arv. Hon berättade om rituellt renhetsprincip. När kvinnan är oren, till exempel under menstruationen, får hennes kjol ej röra vid mannens ben. Om man möter en finsk romsk kvinna med barn, må man ej fråga om barnets ålder. Det är som att fråga om när kvinnan hade samlag.

IS talade också om krigsvåldtäkter, som drabbat många romska kvinnor i forna Jugoslavien (och även andra kvinnor därifrån). Om en romsk kvinna våldtas, bör hon egentligen ta livet av sig efteråt och om hennes man får veta om våldtäkten, måste han antingen slå ihjäl förövaren eller kvinnan. Den stora skada våldtäkten innebär psykosocialt medför att våldtagna romska kvinnor inte kan berätta för någon om sina våldtäkter. En del av dem finns som spillror inom psykiatri utan att kunna tala om varför de mår så dåligt. Som doktor - fråga aldrig en kvinna om våldtäkt i närvaro av hennes man! Om hon är våldtagen – tag reda på om hennes

man vet om det eller ej. Med stöd av Europarådet har nyligen ett internationellt romskt kvinnoätverk startats med tanke på våldtagna kvinnor.

Fördöm könsstympningen men ej den könsstympade!

Rose-Marie Holsts ämne var kulturaktuell fråga inom kvinnosjukvården. Hon sade att det inte är som invandrare patienten söker oss utan som vårdsökande kvinna. I begreppet mångkultur finns för oss främmande inslag som kan väcka många olika känslor i oss. Vi kan till exempel känna vrede och avsky när vi möter en kvinna/flicka som är könsstympad. RMH visade bilder på så kallad faraonisk könsstympning, där klitoris, labiae minora och delar av labiae majora tagits bort, varefter man sytt ihop och lämnat en mm-vid öppning för mensblod och urin. De känslor som väcks i oss försvårar vår möjlighet att agera professionellt.

Hur kan vi då agera? Ta av våra kulturglasögon och betrakta andra kulturer utifrån deras förutsättningar och tillägna oss ett kulturellt relativistiskt perspektiv. Precis som vi själva handlar andra människor logiskt och rationellt utifrån den egna kulturen. I Somalia är 95-99 % av alla kvinnor könsstympade. Lever man i ett samhälle där alla ens medsystrar är stympade tror man att det är så det ska vara och att alla kvinnor i världen blir stympade. Om vi lyckas se den logiken blir mötet mindre smärtsamt för alla parter. En kanadensisk intervjustudie av somaliska könsstympade kvinnors upplevelser av sjukvården i sam-

band med förlossning (n = 54) redovisades vid EU-konferensen i Göteborg 1998 om könsstympning i Europa. Fyrtiofyra procent av männen deltog vid förlossningen men egentligen ville bara 7% av dessa kvinnor att deras män skulle delta. De hade hellre haft med sig sin mamma, en annan kvinnlig släkting eller en väninna. 83% upplevde sårande kommentarer från sjukvårdspersonalen, 50% förvånade ord från läkaren, 70% förvånat kroppsspråk hos läkaren och 34% kände sig sedda med avsky.

I Sverige är det enligt lag förbjudet att könsstympa flickor eller kvinnor oavsett vilken önskan kvinnan själv har. Det är även förbjudet att låta andra könsstympa ens barn i hemlandet.

Denna lag tyckte RMH också bör kunna utövas på den kosmetiska kirurgin i underlivet, som blivit en allt vanligare trend i vårt samhälle! Vid labieplastik finns risk att en del av svällkropparna i labiae förstörs liksom att en del erogena zoner försvinner.

RMH tog också upp kravet på hel hymen inför bröllopsnatten inom framför allt inom muslimska kulturer. Detta krav kan medföra önskan om rekonstruktion av hymen. I muslimsk lag är det förbjudet, men det förekommer trots detta i de flesta av våra invandrades hemländer. Där använder man även gynekologen till att skriva oskuldsintyg.

Hur mycket kulturkompetens måste vi gynekologer ha, dvs. kunskap om främmande kulturer, folklig läkekonst etc.? Viktigast är att lära oss förstå att det självklara i vår egen kultur inte alls är självklart för andra. Ta inte så mycket för givet, sa RMH. Fråga patienterna: hur brukar Du göra? Varför gör Du så?

Menstruerande kvinnor är orena i flera religioner. Muslimska kvinnor får inte be eller delta i moskén och måste ta renande bad, innan de återgår till religionsutövelse. Detta gör att de anger sista mens som den

dag då de hade sitt renande bad. Hindu-kvinnan får inte laga mat under menstruationstid. Många anser att det är bra att blöda mycket så allt orent kommer ut ur kroppen. P-piller som ger mindre blödning kan leda till att kvinnan mår dåligt av för liten blödning. Att erbjuda ett par att använda kondom kan uppfattas som mycket störande då kondom endast används av prostituerade i en del kulturer. Muslimsk sed tillåter ej kremering av döda.

Eva Smith Knutsson hade satt rubriken "Doktorsfrustrationer och främlingskap från när och fjärran" på sitt inlägg.

Doktorsfrustrationer – när patientens kultur gör att doktorn inte kan ge den hjälp som är bäst enligt beprövad erfarenhet. Ett exempel på detta kan vara en ung kvinna som efter ett sexuellt övergrepp knappt vågar gå till gynmottagningen av rädsla för att hennes familj skall få reda på det. Enligt RMH finns det enbart i Göteborgsregionen 3-4 flickor/år som får annan identitet på grund av hot från familjen i samband med att de vill leva i frihet eller hot efter övergrepp. Läs Farnaz Arbabis och Lotta Fristorps bok "Överlevnadshandbok för flickor om frihet och heder" utgiven av Rädda Barnen!

Om en omyndig flicka utsatts för sexuella övergrepp är vi som läkare skyldiga att anmäla det till socialtjänsten. Är flickan rädd för sin familj i denna situation är det viktigt att först samråda med socialtjänsten med ärendet anonymt så att doktorn vet att socialsekreteraren verkligen förstår situationens allvar. Har vi väl sagt patientens namn är det inte anonymt längre. Vi kan stå i en liknande situation med unga abortsökande svenskfödda flickor!

Andra doktorsfrustrationer råkar manliga kollegor ut för. Deras kompetens spelar ingen roll på grund av deras kön. Många invandrade kvinnor vill endast undersökas av kvinnliga läkare. Det är mycket stark kulturell tradition i många områden och man hänvisar till religionen. I islam

finns inget förbud mot att en kvinna undersöks av manlig läkare. Men den kulturella traditionen påbjuder det trots bristen på kvinnliga gynekologer i hemländerna. Vad gör den här frustrationen med oss? Manliga kollegor blir kränkta och kvinnliga doktorer dignar under extrapatienter, om inte detta är välorganiserat på kliniken.

Det finns kulturkrockar för oss doktorer med människor även från vårt eget land. De dövas värld är till exempel en egen värld mitt i vår. Det finns ca 10.000 barnomsdöva i Sverige. Dövheten ger en stor informationsbrist. De som är vuxna idag har ofta en torftig svenska och förstår ej allt och har svårt i föräldrarollen. De fick inget eget språk från början såsom döva barn idag får teckenspråk. I mötet med döva är det viktigt att dövtolken sitter bredvid doktorn, så att patienten ser tolkens teckenspråk samtidigt som hon ser läkaren. – Detta gäller alla tolkar på alla språk.

Vi talar med och till patienten, inte om henne. – En hälsning till oss läkare från en dövkonsulent: om det finns barn med eller barnet är patient och har en döv förälder, brukar alla läkare oftast låta första frågan vara om barnet hör. För den döva föräldern är det just då ointressant, eftersom teckenspråket är familjens språk och eftersom vi ändå måste tala teckenspråk under konsultationen.

ESK tog upp en inomkulturell felaktig tilltro till vår förmåga att se saker hos våra patienter. I rättsliga sammanhang har ESK blivit tillfrågad, om hon utifrån sin undersökning kunde säga hur många samlag en kvinna hade haft. Det är inte ovanligt att kvinnor tror att vi vid undersökningen kan se allt om deras sexualliv. Våldtagna och incestutsatta kvinnor tror ofta att en gynekolog kan se vad de varit med om långt efteråt. Deras beteende i gynstolen med rädsla och anspänning kan få oss att ana att de varit med om något, men inte om vad.

Vi gynekologer har vant oss vid patienter med slöja. Men hur reagerar vi, när

vi får nya kollegor, som bär slöja? Vad är respekt för individen? Vad är acceptans av ett förtryck? – Hur ser vi på detta?

I den efterföljande debatten diskuterades frågan om hymenplastik, vilken besvarades med nej. I stället föreslogs information att läras ut till kvinnan inför bröllopsnatten och knep hämtade bl.a. från dessa kvinnors hemländer. Information att intervjustudier visat att 3 av 10 kvinnor inte blöder alls vid första samlaget. En del kvinnor blöder mycket litet. Träna knipteknik och knipa mycket, när penetrationen skall ske. Vid toalettbesök efter samlaget sticka sig med något i underlivet så att det blöder eller berätta för mannen att det kom blod i samband med toalettbesöket. Det diskuterades också om det är oetiskt att lära ut sådana knep eller ej!

Telefontolkning påpekades som ett bra medel när kvinnan är rädd för de lokala tolkarna, kanske av politiska skäl. Den ger möjlighet till anonymitet mellan patient och tolk. En invandrad kollega påminde om att kulturella fenomen kan förändras.

Moderator avslutade med konstaterandet att världen har kommit till våra enskilda orter i Sverige och att vi numera alla arbetar i världen var och en på sin ort. Ett kulturmöte innebär att möta, förstå och samverka med en människa eller människor, som inte alltid delar vår verklighetsuppfattning eller världsbild. För att lyckas med det behöver vi se människan framför oss – och ha en människosyn, vari vi ser alla människors lika värde!

Workshop om vulvodyni

Moderators försök till kortfattad "Kokbok" rörande vulvodyni
Inga Sjöberg

Candida-vulvovaginit

Symtom:

Svår klåda, ibland tillsammans med eller enbart, sveda. Besvären sitter "i slemhinnorna". Förvärras, eller utlöses av samlag. Mest besvär dagtid.

Diagnos:

Inflammation i slemhinnorna framför allt men huden kan också vara irriterad. Vid kroniska fall kan inflammationen vara mycket lite uttalad. Identifikation av svampen.

Behandling:

Oljehygien. (= "Lägg på barnolja och torka av den innan du duschar" + mjukgörare vid behov.) Alternativ: Smörj in efter tvätt. Barnolja kan då bytas mot Decubal eller Locobase.

Lokalbehandling med antimykotika. Vid kroniska besvär, peroral behandling.

Vulva-vestibulit

Symtom:

Provocerbar smärta i vulva, vid t ex samlag. Kan ibland uppfattas som klåda.

Diagnos:

Friedrichs kriterier (typisk anamnes, rodnade slemhinnor, positivt pinntest), vid minsta osäkerhet ta också en svampodling.

Behandling:

Information. Oljehygien – se ovan. Råd om samlagsuppehåll 2-3 mån, uppmuntra till annan sexuell aktivitet. Bedöm knipförmågan, instruera om knip och avslappning. Xylocaingel 2% 1 x 3 kan användas för att bryta onda cirklar. Uppföljning.

Vaginit

Partiell eller total, den partiella är den vanligaste.

Primär eller sekundär, sekundär det vanligaste.

Symtom:

Samlag går inte att genomföra, det gör för ont och det känns för trångt.

Diagnos:

Bäckenbotten i allmänhet primärt spänd och patienten kniper omedvetet. Tampong går inte heller att använda.

Behandling:

Råd om samlagsuppehåll, uppmana till annan sexuell aktivitet. Instruera om knip och avslappning. Återbesök med kontroll av bäckenbotten.

Vulvadermatoser

Symtom:

Svår klåda. Någon gång stramande synekier. Besvären sitter "i huden", ofta värst nattetid.

Diagnos:

Mer eller mindre uttalad lichenifiering. Stansbiopsi.

Behandling:

Information. Oljehygien, se ovan. Steroider, minst grupp II, avtrappande. Vid misstanke om samtidig svampinfektion kan Kenacutan salva användas. ■

ÅRSAVGIFTER

Medlemsavgift SFOG	800:-
Medlemsavgift SFOG (ålderspensionär, fr o m det år man fyller 66 år)	200:-
ARG-rapportabonnemang* (medlemmar)	300:-

* Avdragsgill i deklARATIONEN

Avgifter för icke-medlemmar

Prenumeration Medlemsbladet 5 nr/år	500:- (inkl. moms)
ARG-rapportabonnemang	150:-/rapport (exkl. moms)

Specialistexamen i Göteborg

Den 16/10 ägde årets muntliga specialistexamen rum i Göteborg.

Ett referat av denna finns att läsa. Examinationsnämnd och alla SFOG:s medlemmar gratulerar följande kollegor, som avlagt specialistexamen:

Annika Lopez
Maria Jonsson
Ingela Högerås
Gunilla Ajne
Anette Aronsson
Jan Wesström
Maria Palm
Anna-Lena Wennberg
Monika Cardell
Anna-Carin Wihlbäck



Examinander tillsammans med utbildningsnämnd och examinatoreer från kvinnosjukvården, SU.

Utbildningsnämndens ledamöter

Ove Axelsson
Marie Bixo
Inger Bryman
Birgitta Essén
Mats Hammar
Ulf Hanson
Elizabeth Nedstrand
Jörgen Sigurd

Specialistexamen 2003

Sedan början av 90-talet har en specialistexamen årligen gått av stapeln och så även i år. Antalet deltagare varierar mycket år från år, men i medeltal rör det sig om 5-15 stycken. Omkring 30-40 specialister blir klara varje år.

I våras hölls den första delen av denna examen på ett flertal olika orter i landet. En stor skriftlig tentamen prövar deltagarnas teoretiska kunskaper. De flesta av oss har för detta fått 1-3 veckors ledighet för att plöja all den litteratur som är relevant. Ett mycket bra tillfälle att också gå igenom allt det som ligger i ”läsa sen högen”.

Efter godkänd skriftlig tentamen finns tillfälle att delta i muntlig examination. Den 16 oktober styrde tio stycken nervösa aspiranter kosan till Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Examinationsnämnden och examinatoreer hälsade oss välkomna och så var det igång. Sex olika stationer var uppriktade, där vi en och en förhöordes i diverse praktiska spörsmål. Exempel på ämnen

Examensdeltagarna genom **Jan Wesström**

var tolkning av ultraljudsbilder, praktiskt förfarande vid komplicerad förlossning, CTG-kurvor, kluriga fall rörande interkurrent sjukdom under graviditet, infertilitetsproblematik, gynekologi mm. De flesta av oss var ganska bleksiktiga inför den första stationen, men efter hand lättade stämningen betydligt. I biblioteket fanns uppdukat kaffe, smörgås, godis- och fruktfat att stärka och eventuellt trösta sig med under dagen.

Vi bjöds så på lunch och under eftermiddagen delades vi in i tre mindre grupper för att tillsammans med två eller tre examinatoreer presentera och opponera på egna arbeten. Även detta moment var nervöst, men det var förstås lärorikt och intressant att ta del av så mycken kunskap.

Efter ytterligare förplägnad var det så dags för examinatoreerna att sammanträda bakom stängda dörrar. Nu skulle våra insatser under dagen bedömas. Väntan för oss tio kändes oväntat lång.

Så slogs dörren upp! Hua... Det meddelades att vi samtliga godkändes. Vi fick beröm och smicker och kände oss riktigt duktiga. Stunden kändes lite högtidig. Efter många år av flit och slit var vi nu på allvar framme vid slutmålet! En skål i bubbel utbringades och vi förevigades på kvinnoklinikens trappa.

Efteråt diskuterade vi förstås dagen och dess innehåll. Jag tror att samtliga var överens om att nivån hölls på en rimlig nivå. Tillräckligt svårt och klurigt för att behöva skärpa sig ordentligt, men fritt från petisser.

Vi vill tacka examinationsnämnden och examinatoreerna för allt arbete de lagt ner och dessutom för en trevlig dag! ■

Några erfarenheter med prontosil vid obstetriska-gynekologiska kliniken, Lund

Med tillstånd från Läkartidningen publiceras här ytterligare en artikel ur Svenska läkartidningen 1938: 1102-1104. Prontosil som refereras till i texten kallades också sulfamidochryosodine och var det första av en lång rad sulfa preparat. Medicinen introducerades under 1930-talet för behandling av bakteriella infektioner hos människa.

Vid kvinnokliniken i Lund har sedan maj 1936 använts prontosil dels vid behandling av septiska tillstånd efter partus och aborter, dels såsom profylaktikum vid infekterade aborter, samt efter förlossningar med temp.

Prontosil i 2,5% lösning och prontosil-tabletter ha hela tiden varit de prep. som använts.

Den första tiden gavs enbart prontosil solubile i.v. men sedemera övergick man till i.m.inj., då det skulle givas som profylaktikum, under det att i.v.inj. varit det gängse applikations sättet vid septiska tillstånd. Samtidigt med inj. ha pat. i en del fall fått tabletter. Injektionsterapien har fortsatt, till temp. har gått ned och a. t. förbättrats. Tabletterna ha givits ännu några dagar. Doseringen har bestämts för varje fall, men vanligen varit 10 cc X 2 av prontosil solubile och 1-2 tabl. X 3. Samtidigt med prontosil ha pat. fått citroner, rikl. vätsketillförsel och i ett par fall blodtransfusioner.

Antalet fall, som behandlats under tiden maj 1936 till november 1937, är under

Gunnar Gorton

diagnosen:

Sepsis puerperalis 4 (därav 1 med pos. blododling) varav 1 dödsfall i peritonit.

Endometritis et parametritis septica 7. Sepsis post abortem 3. 1 dödsfall i peritonit.

Abortus provocatus infectus 17.

Dessutom har profylaktiskt givits prontosil under 1-2 dagar i 29 fall.

Toxiska symptom i form av orostillstånd, cyanos och huvudvärk ha uppträtt i 1 fall och det redan efter i.v. inj. av 2 cc. Inj. avbröts och man gav 5 cc i.m. Liknande symptom erhöles, varför behandlingen fortsattes med tabletter. Vid undersökning av blodet fanns ingen förändring av blodbild. Ingen sulfhaemoglobinuri.

En mycket besvärande biverkan har ett stort antal pat. fått av tabletterna: illamående, kräkningar, smärta av koliktyp samt täta diarréer. Symtomen försvunno efter utsättandet av tabl. Inga liknande symptom vid inj. terapien.

I 3 fall ha efter upprepade i.v.inj. uppstått trombosor i armens vener, men dessa pat. ha varit i uselt skick och sedemera fått trombosor i benen.

Liksom prontosil färgar urinen röd, får mjölken hos de behandlade kvinnorna den för prontosil så karakteristiska gulröda färgtonen. I 4 fall blevo barnen ävenledes gulröda, och t.o.m. urinen blev lätt missfärgad. I 1 fall blev barnet slött och såg sjukt ut. I tid uppträcktes orsaken, mjölken utsattes, och följande dag efter kok-salt subcutant var glytten i fullgott skick. Barnet undersöktes 4 månader efteråt och någon synbar skada hade det ej tagit. I de tre andra fallen var man inställd på komplikationer och mjölken utsattes under den vidare behandlingen.

Någon anemi, agranulocytos el. urticaria ha ej iakttagits och ej heller några njurskador.

Många äro de som i uppsatser ha framlagt ytterst goda resultat med prontosil terapi men inga ha väl kommit med så vackra siffror som Colebrook och Kenny vid behandlingen av septiska tillstånd efter

Vad händer med våra SK-kurser egentligen?

Under året har jag skrivit debattinlägg i SYLFs tidning Moderna Läkare. Detta med anledning av IPULS övertagande av SK-kurser. Det är därför jag med stort intresse läst den nyss färdiga IPULS utredningen: *SK-kurser och annan extern vidareutbildning, förslag till ett mer ändamålsenligt system.*

Där kan man läsa att socialstyrelsen ger anslag om 15,8 miljoner kronor årligen, vilket räcker till ca 135 SK-kurser. Samtidigt som antalet ST-läkare har ökat, har de statliga anslaget halverats under det senaste decenniet! Den genomsnittliga SK-kursen har 24 deltagare och kostar 117000 kr att anordna, vilket blir knappt 5000 kr per kursvecka. Statsanslaget blir 3000 kr per ST-läkare och år (är vi inte värda mer?) vilket blir, jämnt fördelat 3 kurser/läkare under sin ST-utbildning. Det är ca 5 sökande per plats.

IPULS har i sitt förslag till förbättringar angett dessa punkter:

1. Nivåbestämda vidareutbildningar. Man ska indela ST-utbildningen i tre faser, introduktionsfas (år 0-2), konsolideringsfas (år 2-4) och specialiseringsfas (år 3-5). Meningen är att kursplatser ska reserveras för ST-läkare i rätt utbildningsfas.
2. Tydligare koppling mellan målbeskrivning och planering av utbildning. Målbeskrivningarna ska ses över med bland annat tydligare definition av teoretiska moment. Varje specialitet ska definiera vilka utbildningsmoment som ska ingå, och i vilken fas.
3. Uppdatera kontinuerligt antalet ST-läkare i systemet för prognosunderlag. Ett konkret förslag är att varje ST-läkare

Karin Stålberg
ordförande OGU

registrerar sina uppgifter på IPULS webbsida (som besöks vid anmälan till SK-kurser). Denna databas ska sedan användas för att planera kommande års kursutbud.

4. Prognos för fem år - tydlig behovspecifikation. Punkt två och tre ska ligga till grund för en kursutbudsplan för fem år.
5. Femårsprognosen kommuniceras till presumtiva kursgivare. Den kommer också att finnas på IPULS hemsida.
6. Utbildningsplan. Handledare och ST-läkare upprättar en utbildningsplan för hela ST-perioden där behov av externa kurser specificeras (både SK-kurser och andra kurser för ST-läkare).
7. Integrering av olika kvalitetsgranskade kurser för ST-läkare, oavsett finansieringsform. Genom utveckling av kvalitetskriterier och granskning ska SK-kurserna kompletteras av andra kurser för ST-läkare. Dessa ska granskas av ämnesexperter och få en kvalitetsstämpel motsvarande SK-kurser. ST-specifika kvalitetskriterier kan vara koppling till målbeskrivningen, fasbestämning i ST, krav på evidensbaserat innehåll etc. Granskningen sker av IPULS kansli samt en granskningsorganisation med ämnesexperter (t.ex. SFOG-representant). Kurserna publiceras sedan på nätet.
8. Öka utbudet av utbildningar i nuvarande system. Till exempel verka för ökat statligt anslag (vilket rekommenderas i Socialstyrelsens specialitetsöversyn),



stödja lokala/ regionala utbildningar, och sätta upp satelliter till existerande utbildningar via nätet.

Detta var en sammanfattning av förslagen i den 23 sidor långa utredningen som nu är ute på remiss till bland annat SFOG. Visst kan vi alla hålla med om en del. Det finns för få SK-kurser (ca 1/2 kurs per ST-läkare och år) och man behöver få gå kurser tidigt under ST-utbildningen. Fasindelning kan vara en väg att nå det senare målet. Jag är dock rädd att huvudproblemet att det finns för få SK-kurser kommer bort i alla planer och prognoser. Hur ska man då få pengar till detta, om inte socialstyrelsen inte plötsligt hostar upp ytterligare så sådär 20 miljoner per år (vilket kanske inte många tror på)? Är det inte rimligt att arbetsgivarna kan bekosta en del? Om de skjuter in 3 000 kr per år,

så blir det dubbelt så mycket pengar. Varför får annan vidareutbildning kosta och inte ST-utbildning? Jag vet att många får betalda utbildningar av framsynta klinikchefer, men det är långt ifrån alla. Hur många får t.ex. gå SFOGs ultraljudskurser som kostar över 10 000 kr plus resa och logi? I möjligaste mån tycker jag att vi ska minimera de företagsfinansierade kurserna. Nog är det trevligt med fina middagar, men då ska det vara på kurser där innehållet inte påverkas av finansierarna, och då kanske inte intresset är så stort. Jag gick t.ex. en mycket bra SK-kurs i epidemiologi och evidensbaserad medicin. Inte fanns det något läkemedelsbolag som ville bekosta någon middag där. Våra preventivmedels-

kurser kommer det sannolikt inte vara svårt att finansiera, men är vi verkligen så oberoende som vi vill tro? ST-gruppen är en bra målgrupp för industrin, vi som inte har etablerat vårt förskrivningsmönster än. En annan väsentlig sak i remissen är kvalitetsgranskning. Kvalitetsgranskning av kursutbudet av IPULS samt en SFOG-representant är nog bra, men var tog de hederliga kursenkäterna vägen? Vi som är ST-läkare är vuxna, kompetenta läkare som vill vara med och påverka och nog tror jag att de som har gått kursen är bäst på att avgöra kvaliteten av innehåll, upplägg och lärare. Åtminstone borde det finnas som komplement till IPULS granskningssystem. Dessutom var det ursprung-

liga förslaget att SFOG skulle ställa upp som kursgranskare gratis. Man undrar hur många på IPULS som jobbar gratis?

Det ska bli spännande att följa utvecklingen och det är positivt att ett förändringsarbete är på gång. Det verkar stå klart att specialistföreningarna kommer att ha en stor roll, både som planerare, granskare och som kursgivare.

I OGU:s utbildningsenkät 2004 ska vi bl.a. försöka kartlägga hur kurstillgången ser ut bland ST-läkarna i OGU. Resultaten kommer att publiceras i något av de senare medlemsbladen 2004. ■

Gabriel Gräslök

Vet docker var vinmonopolet ligger?

Ska man åka till Norge ska man göra det ordentligt resonerade jag, och tog Hurtigrutten för att arbeta som skärgårdsdoktor i en by norr om Lofoten en oktober för några år sedan. Naturen här är den mest dramatiska jag sett. För dig som aldrig varit där kan den beskrivas som en korsning av alperna och den grekiska arkipelagen. Tänk att få ge sig ut på öarna i en tolv meter lång träbåt och ha det som sitt arbete! Oerhört exotiskt fast det är i vårt grannland.

Språket var inte så exotiskt, men den nordnorska dialekten har sina små egenheter, bland annat ett tje-ljud i ordet "ikke". Det låter som "itje". Dessutom säger de inte "dere" som svenskans "ni" utan "docker". Först trodde jag att det där ordet docker betydde doktor men efter ett tag som "kommunelege" märkte jag hur alla titulerade varandra med det ordet.

En natt fick jag gå ombord på en fiskebåt och sy ihop en särskada som en fiskare råkat få till sjöss. Betalningen fick jag delvis i sill. Mycket sill. En god fiskrätt kräver ett gott vitt vin tänkte jag och gav mig ned på byn för att köpa en flaska.

"- Ursäkta, vet docker var vinmonopolet ligger" sade jag på min blandade svensknorska. Farbrorn jag frågade tittade på mig och förstod att jag inte var från trakten. "Vinmonopolet?" sade han undrande. "Ja, vor man köper vin och spirituosa og slik" sade jag, som nu börjat få igång norskan någorlunda. "Aha, vinmonopolet!" Farbrorn sken upp och började ge mig vägbeskrivningen. Den återges här med reservation för stavningen.



"Hvis docker går gaten fram så ser docker kyrken – og där är det itje, og hvis docker tar høyre vid kyrken så kommer docker till skolen - og där är det itje, og hvis docker tar venstre så kommer docker till lensmans-stasjon – og der är det då schlett itje!"

Sedan gjorde han en konstpaus och avslutade vägbeskrivningen med ett leende och repliken "men overallt ellers."

Det fick bli öl till sillen.

Gabriel Gräslök

Nu har tredje upplagan kommit ut!

Diagnoshandbok för Kvinnosjukvården

Diagnoshandboken är inte enbart ett nytryck, utan en reviderad och uppdaterad version. Format och layout kommer ni att känna igen från de tidigare böckerna. En förbättring är att omslaget är belagt med plastlaminat, vilket kommer att göra boken mer hållbar. Jag vill här nämna några av nyheterna:

Från kommande årsskifte införs en ny enkel regel för val av huvuddiagnos på obstetriska patienter, nämligen att vid alla vårdtillfällen som inkluderar förlossning, ska förlossningsdiagnosen vara huvuddiagnos, oavsett om graviditets- eller förlossningskomplikationer föreligger. Sarkom ska kodas med cancerdiagnosen för respektive organ, enligt vad socialstyrelsen har förelagt oss. För att kunna skilja sarkomen från t ex vanlig corpuscancer lägger vi till M88003, som är en morfologisk kod för sarkom ur ICD-O (International Classification of Oncology). M88003 är en "ospecifik" sarkomkod - det finns koder för t ex leiomyosarkom - men eftersom det finns flera olika typer ska vi inte behöva leta rätt på dem, utan det gör onkologklinikerna när de rapporterar till cancerregistret.

I avsnittet med operationskoder finns nyinrättade tilläggs-koder för specificerad teknik för gynekologiska ingrepp (ZLX, sid. 127). Dessa koder läggs till de "vanliga" ingreppskoderna, för att markera transvaginal kirurgi resp. kombinerad laparotomi och transvaginal kirurgi. Detta sätt att registrera har man kommit överens om på nordisk basis, för att slippa göra en helt ny uppsättning av koder för allt man kan

Karin Pihl

göra i buken med dessa "ingångsvägar". Nytt i operationsavsnittet är också koder för fosterreduktion (MAJ, sid 110). Jag korresponderade med de nordiska kollegerna angående detta för ett par år sedan, och trodde nästan att det hela runnit ut i sanden, men nu har dessa koder kommit.

I förordet till den nya Diagnoshandboken har jag på begäran också kommenterat några vanliga obstetriska kodsättningsfrågor. Ytterligare en sak skulle kunna nämnas i det sammanhanget, nämligen vilken diagnoskod man väljer när man gör akut/halvakut kejsarsnitt på ett säte som egentligen var planerat för en elektiv operation senare. Man ska då koda med O32.1 + O82.0 (alltså samma koder som för "elektivt säte") och inte med O64.1, för den koden innebär "förlossningshinder under pågående värkarbete". Att kejsarsnittet trots denna "elektiva kod" utförs akut, till exempel på grund av vattenavgång eller värkar, anger man genom att lägga till ZXD00 (akut operation) till operationskoden för snittet, (vanligen MCA10). Motsvarande gäller för så kallade odiaagnosticerade säten, där patienten inkom-

mer under någorlunda tidigt öppnings-skede och man väljer att sectioförlösa. Alltså en patient som man hade satt upp för ett elektivt sectio på grund av säte, om hon hade hittats innan hon kom i värkarbete. När använder man då koden O64.1? Den är lämplig att använda vid fall med säten som man egentligen tänkt sig förlösa vaginalt, men under förlossningsförloppet konverterar till sectio till exempel på grund av fotbjudning. ■

Med detta nummer av Medlemsbladet får alla medlemmar varsitt gratisexemplar av Diagnoshandboken, tredje upplagan. De böcker ni behöver på er sjukhusklinik/mottagning kan beställas på blanketten härintill, eller med e-post via SFOG:s kanslist: ml.schyberg@sfog.se

Apoptosis, proliferation, and sex steroid receptors in endometrium and endometrial carcinoma

This thesis focuses on the involvement of apoptosis and proliferation in the mechanisms of menstruation and hormonal replacement therapy, HRT, as well as in the mechanisms of progesterone therapy in endometrial carcinoma.

The aim of the first study was to investigate endometrium for 4 days before and for 2 days during menstruation. In the epithelium, rapid increase in the apoptotic index, decreasing expression of estrogen receptor α (ER) and progesterone receptor (PR), and minimal proliferation were observed prior to menstruation. In the stroma, an increase in the expression of ER and PR and proliferation was seen before the final decrease, and increased apoptosis was seen during menstruation.

Marju Dahmon
Kvinnokliniken
Sundsvalls lasarett

Thus, apoptosis is involved in the remodeling of the endometrium during menstruation.

Postmenopausal endometrium showed unaffected homeostasis, i.e. unchanged ratio between apoptotic index and Ki-67 index during substitution therapy. ER expression was decreased both in the epithelium and stroma, while PR showed some increase in receptor expression. The unchanged homeostasis contributes to endometrial safety during combined continuous HRT.



Factor	Biopsy 1 mean (SEM)	Biopsy 2 mean (SEM)	Biopsy 3 mean (SEM)	F2,56 and p values
Ai	15.1 (1.1)	15.4 (1.7)	15.8 (1.2)	n.s.
Ki	32.3 (3.0)	23.0 (3.3)	21.3 (2.9)	10.60, p < 0.001
Ki-max	63.9 (3.9)	43.2 (4.4)	45.5 (4.7)	13.12, p < 0.001
Ki-min	8.1 (1.9)	7.6 (1.9)	10.2 (2.6)	n.s.
ER	69.2 (5.6)	64.3 (5.5)	65.0 (5.1)	n.s.
ER-max	87.4 (4.3)	82.1 (4.5)	82.7 (4.4)	n.s.
ER-min	42.3 (5.8)	45.8 (5.8)	40.8 (5.7)	n.s.
PR	41.1 (5.2)	33.6 (4.1)	36.7 (4.0)	n.s.
PR-max	76.3 (5.8)	56.1 (5.1)	63.6 (6.2)	6.78, p < 0.05
PR-min	14.2 (3.8)	17.0 (3.4)	12.3 (3.0)	n.s.

Table 1

Apoptotic index (Ai), proliferation indicated as Ki-67, ER and PR expression in overall evaluation, in the areas of maximal staining, and in the areas of minimal staining. Repeated evaluation was made before (biopsy 1), during (biopsy 2), and after (biopsy 2) medroxy-progesterone treatment. Statistics by repeated measures ANOVA.

Unchanged apoptosis and increasing proliferation were observed with increasing tumor grade in 29 patients with endometrioid endometrial carcinoma, which may contribute to greater aggression as tumor grade increases. Decreased proliferation was observed after medroxy-progesterone at 20 mg per day particularly in the foci of maximal proliferation in G1 and G2 tumors. The expression of ER was unchanged, while PR was decreased in the foci of maximal expression for PR in G1 and G2 tumors. Since high proliferation and PR expression also coexisted in the same foci, evaluated in G1 and G2 tumors, the effect of progesterone could be facilitated in these tumor groups. High expression of sex steroid receptors was also a predicting factor for good response to progesterone (= decrease in proliferation), while the amount of stroma could not predict that effect.

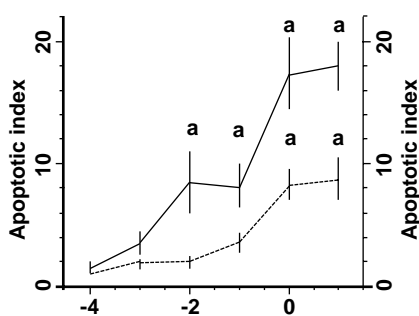


Figure 1

Apoptotic index (pro mille) in endometrial epithelium and in endometrial stroma. Each day from -4 to day 2 represents 10-15 biopsies. A significant change in apoptotic index compared with the apoptotic index at the day -4 is indicated by a (ANOVA, $p < 0.05$, ad hoc test, LSD). The apoptotic index in epithelium showed a significant rise on day -2 and was highest on day 1. Apoptosis in stroma increased later, at the onset of menstruation. ■

The Long and Winding Road

Emotional Reaction during In Vitro Fertilization and Attitudes towards Cryopreserved Embryos and Oocyte Donation.

The main aims were to investigate emotional reaction during in vitro fertilization (IVF) treatment among women and men, attitudes of IVF couples towards cryopreserved embryos and public attitudes towards various aspects of oocyte donation in Sweden. Assessments of emotional, physical and social reactions were made on a daily reaction scale and attitudes on the basis of study-specific questionnaires. Both women and men experienced the stages of oocyte retrieval and embryo transfer, as well as the luteal phase, as being particularly stressful and there was a similarity in the type of reaction pattern. Presence of supernumerary embryos for cryopreservation increased the women's optimism, but did not seem to reduce their level of distress on the day of embryo transfer. On third of IVF couples chose not to use their cryopreserved embryos. The main reasons among the respondents concerned family planning and too short a legally allowed time of embryo storage. There was strong support for oocyte donation among a subset of the Swedish population. Women were more positive than men

Agneta Skoog Svanberg
Department of Women's and
Children's Health, Uppsala
University, Uppsala

towards oocyte donation and to disclosure of the origin to offspring. Factors that might increase the likelihood of women becoming oocyte donors were talking to women with experience of donating oocytes, proximity to the clinic, accessibility of counselling and having children of their own. These results indicate that different approaches to psychological care for women and men may not be warranted during IVF treatment. Contact should be maintained during the cryopreservation period in order to address the couple's questions and concerns about the embryos. To increase the donor pool, IVF clinics could provide information about donation to potential donors through the Internet and through experienced donors. The information to donors and recipient couples about different consequences of donation seems to be of great importance. ■

Projekt aktionslinje för aktiv ledning av förlossning

Introduktion

De flesta kvinnor föder utan intervention sitt barn inom 6-8 timmar (1-3) efter det att förlossningen startat. Förlossningsdurationen skiljer sig mellan om- och förstföderskor. För omföderskor tar det cirka 3-5 timmar och för förstföderskor 6-8 timmar (1-4). Efter 12 timmars förlossningsarbete är många kvinnor fysiskt och psykiskt utmattade och omotiverade att fortsätta förlossningen som då ofta får avslutas med sugklocka eller kejsarsnitt (1,2,5).

Värkrubbning är den vanligaste orsaken till långdraget förlossningsförlopp (1-3,5) och är vanligare hos förstföderskor. Värkrubbningen kan i många fall behandlas och korrigeras med värkstimulerande läkemedel, oxytocin.

På förlossningsenheten vid kvinnokliniken på Hudiksvalls sjukhus fanns under våren 1997 en upplevelse av att många förlossningar var långdragna och att oxytocindroppet sattes sent i förloppet. Många kvinnor som haft en jobbig förlossningsupplevelse kom i sin nästa graviditet med önskemål om planerat kejsarsnitt. Ur denna situation uppkom idén med studien. Tanken var att på ett enkelt sätt tidigt fånga upp de kvinnor vars förlossning komplicerades av värkrubbning och ge dessa adekvat behandling.

Förhoppningen var att med en enkel åtgärd på kort sikt påverka frekvensen långdragna förlossningsförlopp (>12 timmar) och risk för ökad morbiditet för mor och barn samt att på lång sikt motverka förlossningsrädsla.

Maria Jonsson
Kvinnokliniken,
Akademiska sjukhuset
Uppsala
Handledare: **Karin Eurenus**

Metodbeskrivning

Studien utfördes på förlossningsenheten, kvinnokliniken Hudiksvalls sjukhus och pågick mellan 1 februari till 30 november, 1998. Som kontrollgrupp valdes kvinnor förlösta under samma tidsperiod 1997. Som förberedelse för studien gjordes en litteraturläsning inom området (se referenslista) samt en resa till Maternity Hospital i Dublin. Studien utfördes som fördjupningsarbete inom ramen för min ST-utbildning i obstetrik och gynekologi på kvinnokliniken, Hudiksvalls sjukhus.

I befintliga partogram på förlossningsavdelningen infördes en linje, aktionslinjen, som började två timmar efter förlossningsstart och med en lutning som motsvarar en cervixdilatation på 1 cm/timme (bilaga 1, finns tillgänglig hos författaren). Det gavs instruktioner och undervisning till barnmorskor och läkare om hur förlossningsstart definieras samt vilka åtgärder som skulle vidtas i fall med värkrubbning (bilaga 2, se slutet av artikeln). Dessutom betonades vikten av barnmorskans närvaro och kontinuerliga stöd för kvinnan under förlossningsarbetet. Studier har visat att personalens närvaro under förlossning minskar analgetikabehovet samt frekvensen operativa förlossningar

(9). Definitionen på primär värksvaghet är att cervix dilateras < 1 cm/timme och sekundär värksvaghet definieras som utebliven progress under två timmar efter initialt normal progress.

De kvinnor som inkluderades i studien var de med enkelbörd som med barnet i huvudbjudning i fullgången tid kom i spontant förlossningsarbete.

Först och omföderskor separerades delvis upp och studerades var för sig. Information för studien hämtades ur förlossningsjournaler, förlossningsloggare och diagnosregister.

Syftet med studien var att se om det gick att påverka variabler som duration av förlossning samt frekvensen av vakuumenträkningar och kejsarsnitt på grund av värkrubbning. Förhoppningen var också att man med studien/arbetsättet kunde ge patienten en positiv förlossningsupplevelse. Det finns studier som visat att födande kvinnor föredrar att professionen har en aktiv hållning (11). Detta har dock ej studerats i denna studie.

Resultat

Under studien blev det totalt 537 förlossningar och hos kontroller 572 stycken. Bland dem som med enkelbörd och med fostret i huvudbjudning i fullgången tid kom i spontant förlossningsarbete (n = 421) studerades de med värkrubbning samt de som förlöstes instrumentellt närmare. I nedanstående tabeller och diagram redovisas antal, paritet förlossningsduration diagnos och typ av instrumentell förlossning bland dessa.

Tabell 1.

Antal förlösta samt antal fall med diagnosen värkrubbning i studie- och kontrollgrupp.

	Studiegrupp	Kontrollgrupp
Studiegrupp	421	441
De som studerats närmare, dvs de som fått värkrubbning	71	62

Tabell 2.

Antalet fall med förlossning som varat > 12 timmar i studie- och kontrollgrupp.

	Studiegrupp	Kontrollgrupp
Förlossningsduration > 12 timmar	9	18
Förstföderskor	7	15
Omföderskor	2	3

Tabell 3.

Fördelning av värkrubbningar mellan primär och sekundär värksvaghhet samt mellan först- och omföderskor.

	Studiegrupp	Kontrollgrupp
Alla med värkrubbning	71	62
Primär värksvaghhet	27	34
förstföderskor	14	22
omföderskor	13	12
Sekundär värksvaghhet	44	28
förstföderskor	28	18
omföderskor	16	10

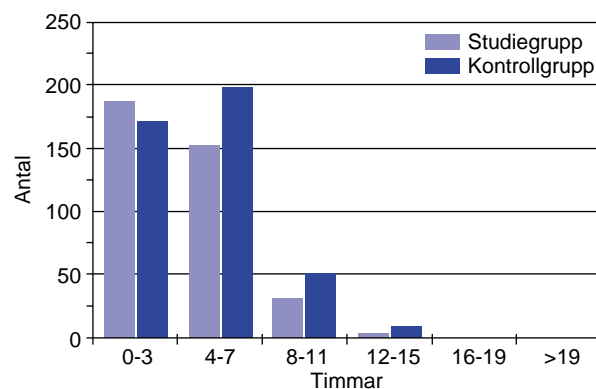
Tabell 4.

Fördelning av fall med värkrubbning som lett till instrumentell förlossning i studie- och kontrollgrupp.

	Studiegrupp	Kontrollgrupp
Instrumentella förlossningar		
Vakuumextraktion pga värkrubbning	17	27
Primär värksvaghhet		
Förstföderska	4	9
Omföderska	0	1
Sekundär värksvaghhet		
Förstföderska	10	11
Omföderska	3	6
Akut kejsarsnitt pga värkrubbning	14	10
Primär värksvaghhet		
Förstföderska	3	1
Omföderska	4	4
Sekundär värksvaghhet		
Förstföderska	3	2
Omföderska	4	3

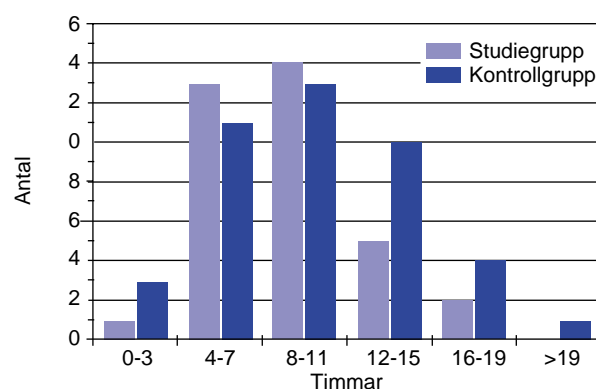
Figur 1.

Förlossningsduration för de som blev vaginalt förlösta i studie- och kontrollgrupp.



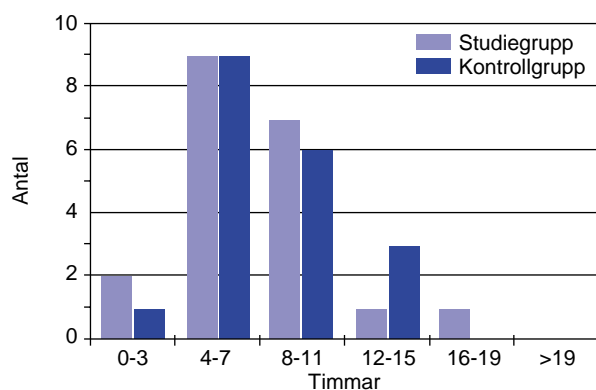
Figur 2.

Jämförelse mellan förstföderskor i studie- och kontrollgrupp med avseende på förlossningsduration bland de som fick någon typ av värkrubbning.



Figur 3.

Jämförelse mellan omföderskor i studie- och kontrollgrupp med avseende på förlossningsduration bland de som fick någon typ av värkrubbning.



Diskussion

Antalet kvinnor som genomgick ett förlossningsarbete som pågick mer än tolv timmar var dubbelt så många i kontrollgruppen jämfört med studiegruppen (tabell 2). Hela denna skillnad går att finna hos gruppen förstföderskor. Detta ter sig positivt med tanke på att det är just förlossningsdurationen och förlossningsupplevelsen hos förstföderskor man så gärna vill påverka. Man kan också se att det under studietiden hos samtliga vaginalt förlösta skett en förskjutning mot kortare duration av förlossningsarbetet (diagram 1). I diagram 2 och 3 jämförs durationen av förlossningsarbetet hos de kvinnor som fått diagnosen värkrubbning uppdelat i först- och omföderskor, och man kan se att förskjutningen mot kortare duration av förlossningsarbetet framför allt gäller förstföderskor.

Det är fler kvinnor som fått diagnosen värksvagheter i studiegruppen än i kontrollgruppen (tabell 3) och det är troligt att diagnosstämningen skärpts något under

det att studien pågick. Speciellt tycks detta gälla sekundär värksvagheter. Dessutom är det möjligt att fler värkrubbningar har diagnostiserats under förlossningens gång till följd av en mer aktiv ledning av förlossningar. Som väntat är det fler förstföderskor än omföderskor som drabbats av värkrubbning.

Det blev betydligt färre sugklocke förlossningar på grund av värksvagheter under studietiden trots att det var fler värkrubbningar som diagnostiserades (tabell 4). Den största skillnaden ses hos dem som fått diagnosen primär värksvagheter. Det är troligt att även detta är en följd av en mer aktiv ledning av förlossningar vilket resulterat i kortare förlossningsduration och därmed mindre risk för operativt ingrepp. Vad gäller antalet akuta kejsarsnitt ses ingen större förändring. Av elektiva och akuta kejsarsnitt är det de elektiva som är mest påverkbara. Man kan spekulera i om en mer långsiktig effekt av denna studie skulle kunna resultera i att kejsarsnittfrekvensen minskar, framför allt frekvensen

av de elektiva ingreppen. Man måste i så fall göra en ny studie med avseende på detta när dessa förstföderskor fått sitt andra barn.

Sammanfattningsvis kan man säga att på förlossningskliniken vid Hudiksvalls sjukhus tycks aktionslinjen i partogrammet ha lett till en mera aktiv ledning av förlossningar vilket återspeglas i kortare duration av förlossningsarbetet, framför allt de mycket långdragna, samt färre sugklocke förlossningar. Materialet som redovisas är dock litet och det är svårt att dra några vittgående slutsatser av det. Studien har dock upplevts positivt för arbetet på förlossningsavdelningen både bland barnmorskor och bland läkare. Den lilla förlossningsenheten som Hudiksvall representerar medför många nackdelar men en stor fördel är att det finns en möjlighet att närvara hos den födande kvinnan. Förhoppningsvis har några förstföderskor fått en mer positiv erfarenhet av sin första förlossning och kan tänka sig att föda vaginalt igen.

Referenslista

- O'Driscoll K, Meagher D. Active management of labour, 3rd edition, 1993.
- Ingermarsson I. Aktiv ledning av förlossningen. Perinatalmedicin, första upplagan, 1191; 18: 172-178.
- Cunningham, Mc Donald, Gant. Williams Obstetrics, 20th edition. 13; 327-345.
- Hendrick CH et al. Normal cervical dilatation in late pregnancy and labour. Am J Obstet Gynecol 1970; 1065-1073.
- O'Driscoll K, Foley M. Active management of labour as an alternative to caesarean section for dystocia. Obstet Gynecol 1984, 63: 485-490.
- Schiffrin BS, Cohen WR. Labor's dysfunctional lexicon. Obstet Gynecol 1989; 74:121-124.
- Seitchik J, Amico J. Oxytocin augmentation of dysfunctional labor. Am J Obstet Gynecol 1984; 150: 225-228.
- Seitchik J. The management of functional dystocia in the first stage of labour. Clin Obstet Gynecol. 1987; 30:42-49.
- Thornton JG, Lilford R. Active management of labour: current knowledge and research issues. Br Med J 1994; 309:366-369.
- Walkinshaw SA. Is routine active medical intervention in spontaneous labour beneficial? Obstet Gynecol 1994;6:13
- Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. Partogram action line study: a randomised trial. Br J Obstet Gynecol 1998; 105:976-980.

Bilaga 2

Kompletterande information om projekt "aktionslinje".

Latensfas, handläggning;

Patienten läggs in på BB avdelning, om möjligt på enkelrum. En del patienter lämpar sig för vistelse i hemmet, får bedömas från fall till fall.

Sörj för gott näringsintag, viktigt.

Sömn viktigt. Sovdos 2 tabletter Propavan + 5-10 mg tabletter morfin.

I en del fall krävs tokolys.

Förlossningsstart och partogrammet

Partogrammet börjar föras då cervix är öppen tre cm eller mer och patienten har

smärtsamma värkar, minst 3/10 minuter. Börja längst åt vänster på partogrammet som vanligt, ej där aktionslinjen börjar. Syftet med att aktionslinjen börjar två timmar senare är att vi inte ska ingripa i förlossningsskedet för tidigt.

Behandling/åtgärder som krävs hos patient som bedöms vara i förlossning (utplånade cervix eller vattenavgång + värkar enligt ovan) men ej är öppen tre cm förs i BB-journalen.

Hur gör vi med patienter som är öppen > 3 cm vid inkomst? Enklast är att föra in aktuell dilatationsgrad på cervix två timmar från aktionslinjen, detta för att kunna fånga upp fall med sekundär värksvagheter på motsvarande sätt som övriga.

Värkstimulering, amniotomi och oxytocindropp

Ordineras av doktor, som tidigare. Viktigt med tillförsel av vätska i.v. till värksvaga patienter, 2,5% eller 5% glukoslösning, 1 liter på en timme som eventuellt kan upprepas.

Krystningsfas

Patienten ska inte behöva krysta mer än 45 minuter, gäller både om- och förstföderskor. Tillkalla doktor för bedömning om sugklocka skall läggas i dessa fall.

Placentaskiftet

Om det inte blöder rikligt får placenta sitta upp till en timme. ■

Induktion för cervikal utmognad med ballongkateter

En litteraturstudie och presentation av patientmaterial från KK Gävle/Sandviken.

Introduktion

Att uppnå vaginal förlossning för en kvinna med omoget cervixstatus som inte spontant kommer i förlossning är en stor obstetrisk utmaning idag. Ett flertal faktorer spelar roll för möjligheten att framgångsrikt inducera förlossning. En av de viktigaste faktorerna är att cervix definieras som gynnsamt avseende mognad. Bishop [1] var den första att beskriva korrelationen mellan gynnsamt cervixstatus och påföljande vaginal förlossning. Det har senare visats att en utmognad cervix korrelerar starkt till framgångsrik förlossningsinduktion [2]. Olyckligtvis har inte alla kvinnor i behov av förlossningsinduktion ett gynnsamt cervixstatus. Många metoder har visats kunna utmognad cervix och denna process har beskrivits i termen preinduktion.

Preinduktionsmetoderna kan indelas i farmakologiska och mekaniska. En av de vanligaste farmakologiska metoderna är användning av Prostaglandin E2 gel. Ballongkatetermetoden är en gammal mekanisk metod för cervixutmognad, Krause [3] beskrev denna redan 1853. Tekniken blev populär på 1960-talet efter arbete av Embrey och Mollison [4] men föll ifrån i praxis pga den märkbara risk för infektioner och morbiditet som var associerade med metoden. Metoden har nu sedan en tid åter upptagits i kliniken och används på ett flertal förlossningskliniker i Sverige bla Huddinge och i Gävle/Sandviken. Denna studie är en sammanställning av tidigare forskningsresultat på området samt en resultatredovisning av ett patientmaterial från kvinnokliniken

Maria Palm

ST-läkare KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Gävle/Sandviken där metoden infördes 1997.

Syfte

Syftet med studien är att presentera ballongkatetermetoden och dess för och nackdelar i jämförelse med farmakologisk induktionsmetod, prostaglandiner (PG). En deskriptiv observationsstudie har gjorts utifrån patientmaterial från KK Gävle/Sandviken. Kostnadsjämförelse har gjorts mellan metoderna. Vidare har ett förslag till PM för induktion med ballongkateter utarbetats och metoden kommer att införas i klinisk praxis på förlossningskliniken KK UAS. Eventuellt kommer en studie på KK UAS att genomföras där ballongkatetermetoden jämförs med vaginalt applicerad prostaglandin i form av Propess.

Material och Metod

Litteraturgenomgång samt resultatredovisning patientmaterial
Litteraturstudien baseras på vetenskapliga studier som behandlar ämnet induktion (preinduktion) av förlossning med omoget cervixstatus; jämförande farmakologisk metod, som här var vaginalt applicerad Prostaglandin i gelform, med mekanisk ballonginduktion. Artiklarna togs fram via Internets databaser, framförallt Medline och PubMed därtill från artiklars referenslistor. Sökord som användes var induction, ballooncatheter, prostaglandines, cervixripening. Vid genomgång av litteratur har noterats ballongkateters för och



nackdelar i förhållande till farmakologisk induktion med vaginalt PG avseende; förlossningssätt, sectiofrekvens, tidsåtgång från induktion till förlossning, perinatalt utfall, komplikationsfrekvens och kostnadsjämförelse mellan mekanisk och farmakologisk induktionsmetod. Noterats har också för och nackdelar med olika metoder/tillvägagångssätt vid ballonginduktion.

Därtill följer en resultatredovisning av ett patientmaterial från KK Gävle/Sandviken där 41 kvinnor inducerats med ballongkatetermetoden (protokollförda) mellan 1997-2000. Dessa kvinnor har selekterats till denna induktionsmetod efter vaginal undersökning, cervixbedömning enligt Bishop Score, och ansetts lämpliga för metoden.

Vid denna sammanställning redovisas metodbeskrivning samt resultat av; förlossningssätt, sectiofrekvens, tidsåtgång från induktion till förlossning, perinatalt utfall, komplikationsfrekvens samt subjektiva besvär.

Dessa resultat jämförs sedan med vad som visats i tidigare forskning.

Efter genomgång av materialet enligt ovan har utarbetats ett förslag till PM/protokoll för cervixutmognad/induktion av förlossning med ballongkateter på KK UAS.

Resultat av litteraturgenomgång

Beskrivning av ballonginduktionsmetoden:

Ballongkateter metoden tros inducera cervixutmognad både hormonellt, genom stimulering av prostaglandinfrisättning (ökade koncentrationer i amnionvätska och plasma) via separation av amnion från decidua, samt mekaniskt genom cervixdilatation [5-7]. Metoden innebär att en kateter förs in via cervixkanalen innanför inre moder-

mun där den fylls med 30-60 ml fysiologisk koksalt eller sterilt vatten. Fyllnad med upp till 80 ml har studerats men i de fallen tenderar ballongen att få en oval form istället för sfärisk och således har ingen fördel sett av större diameter. Efter fyllnad anbringas traktion till katetern som fästs vid insidan av patientens lår. Katetern sträcks lätt med visst tidsintervall tills den faller ut i slidan, för hårt drag kan vålla smärta och påskyndar processen vilket ger sämre utfall. För att om möjligt potenti- era prostaglandin frisättningen kan vätska installeras (NaCl) via katetern till det extraamniotiska rummet (motsvarande hinnsvepning). Tidigare studier har ej visat signifikant bättre resultat av koksalt instillation [8], däremot har en studie jämfört extraamniotisk infusion av NaCl med infusion av PGE2 lösning (0,5 microgr / mL NaCl). Studien visar att adderad infusion av PGE2 lösning via katetern ger signifi- kant bättre resultat avseende tidsåtgång för cervixmognad, högre Bishop Score och mindre användning av oxytocin [9].

När ballongen faller ut göres för poten- tiering av progress omgående amniotomi och värförstärkande dropp med oxyto- cin kopplas enligt sedvanliga rutiner/PM. Huruvida tidig (direkt då ballongen faller ut) amniotomi skall utföras vid bal- longinduktion har varit omdiskuterat, det har dock på många håll varit allmän praxis.

Tabell 1.

Författare	Sciscione et al USA -99 [30]		Ghezzi et al Italien -01 [21]		Ben Aroya et al Israel -02 [20] Återuppr sectio?			Onge et al Kanada -95 [14]		Sherman et al Israel -98 [8]
Metod	Foley Trakt	PGE2 0,5 mg	Foley	PGE2 0,5 mg	Foley	PGE2 0,5-1 mg	kontr	Foley Trakt	PGE2 0,5 mg	Foley med NaCl inf
n:	77	72	122	102	161	55	1432	34	28	180
Paritet/nollpara%	50	40	68,9	60,8				82	75	59
BS in	2,8	2,4	2,2	2,3				2,9	2,5	1,5
BS ut/aktiv fas	6,5*	5,1* (2,2 appl)	6,5	6,1				4,1*	4,8*	5,5
Preind tid	9,9*	17,2*								
Ind - förl tid	22,4*	30,4*	19,6	17,7				16,0	21,5	21,2
Vag förl %			80,4	82,3				82,4	75,0	84
Sectio %	27	29	14,7*	26,5*	49,1*	45,5	35,2*	17,6	25,0	16
Amniotomi	Nej	Nej	BS >7 18 tim	BS >7 6 tim						63%
oxytocin	Direkt	6 tim	som ovan	som ovan	Ja, till etabl värkar 3/10 min					

*signifikant. Tomma fält = uppgift saknas/ej studerad.

I en alldeles ny studie från 2002 [10] har gjorts jämförelse mellan tidig amniotomi och potentiering av förlossning med oxytocin och sen amniotomi (först i aktiv fas/etablerat värkarbete) vid ballonginduktion. Resultat av detta ger för hand att tidig amniotomi innebär en ökad risk för sectio (25% vs 7,9% RR 1,74; 95% CI 1,3-2,34) till följd av dystoci/utebliven progress (15% vs 3,3% RR 1,8; 95% CI 1,32-2,45). När sectiogruppen exkluderats sågs ingen signifikant skillnad i total förlossningstid mellan grupperna (8,3 timmar vs 7,7 timmar). Ingen skillnad kunde ses avseende instrumentell förlossning eller navelsträngsframfall. Slutsatsen av denna nyligen publicerade studie är att man kanske bör vänta med amniotomi tills kvinnan säkert är i aktiv fas, eftersom detta kan minska sectiofrekvensen vid ballonginduktion.

Många studier har gjorts som jämför ballongkateter metoden med andra farmakologiska metoder såsom lokalt applicerade prostaglandiner. Studierna med ballongkateter är ej helt homogena i sin design; de skiljer sig åt avseende metod såsom anbringande av traktion till katetern, aktiv handläggning med amniotomi och oxytocin stimulering. Vidare skiljer sig utfallet beroende av paritet hos de inkluderade. Sammantaget visar dock dessa studier att utmognad av cervix/ökning i Bishop score

är likvärdigt bra, i vissa fall bättre vid ballonginduktion jämfört med prostaglandiner. Tid från induktion till förlossning är signifikant kortare med ballongkatetermetoden. Ballongkatetermetoden är inte lika effektiv som prostaglandiner avseende inducering av regelbundna uteruskontraktioner varför oxytocin används i större utsträckning. Ballongkatetermetoden har fördel i sin enkelhet, låga kostnad, avsaknad av system eller negativa sidoeffekter samt att den kan avlägsnas. Ingen signifikant skillnad har kunnat påvisas avseende förlossningssätt eller perinatal utfall metoderna emellan [8,11-12,14,20-21,30].

Se även tabell 1.

Vissa frågeställningar har specifikt studerats och redovisas här nedan. Se även tabell 1 och 2.

Sectiofrekvens, risk för upprepat sectio, risk för uterusruptur:

Kejsarsnittfrekvensen har ökat konstant under åren mellan 1970 och sent 80-tal [13]. I medeltal sker vaginalförlossning i upp till 50-80% med låg komplikationsrisk, risk för uterusruptur är mindre än 1%. Eftersträvansvärt är vaginalförlossning hos de som är tidigare snittade. Utmognad av cervix (preinduktion) används för att öka möjligheten till framgångsrik förlossningsinduktion och därmed minska sectio-

– Examensarbete

frekvensen. Både PgE2 och Foleykateter är säkra metoder för preinduktion hos patienter som icke är tidigare snittade [14].

Användning av PgE2 för cervix utmognad hos patienter som tidigare genomgått sectio är fortfarande kontroversiellt. Vissa studier har visat ökad risk för uterusruptur [15-16] under det att andra har ansett metoden säker [17-19].

Foleykateter metoden för cervix-utmognad har i en relativt nyligen gjord studie [15] visat sig vara en säker metod utan ökad risk för uterusruptur. I denna studie, där alla patienter var tidigare snittade, jämfördes Foleykateter med PgE2 samt en kontrollgrupp med spontan förlossningsstart avseende utfall uterusruptur och sectiofrekvens. Uterusrupturrisken var signifikant högre i induktionsgruppen 1,4% jämfört med gruppen med spontan förlossningsstart 0,45%. I induktionsgruppen stod PgE2 gel för 2,9% av fallen med uterusruptur jämfört med Foleykatetern som stod för 0,76%, relativ risk för uterusruptur med PgE2 gel var 6,41 (95%, 2,06-19,98). Ingen signifikant skillnad avseende sectiofrekvens mellan induktionsgrupperna PgE2 (39,5%) och Foleykateter (39,2%) kunde påvisas, jämfört med kontrollgruppen med spontan förlossning 22%. Enligt denna studie förefaller ballonginduktionsmetoden fördelaktig framför PgE2 gel med avseende risk för uterusruptur om kvinnan är tidigare snittad.

I en annan nyligen gjord studie [20] jämförs PgE2 med Foleykateter avseende ökad risk för upprepat sectio. Resultatet visar att ingen statistisk signifikant skillnad föreligger mellan grupperna (45,5% respektive 49,1%) dock fanns en statistisk signifikant skillnad mellan foleykatetergruppen och kontrollgruppen (spontan förlossning) där risk för

upprepat sectio var 35,2% ($p < 0,01$).

Hos förstföderskor däremot har ballongkatetermetoden lägre sectiofrekvens (14,8% vs 32,3% $p < 0,05$) i jämförelse med PGE2 [21].

Rupturerade fosterhinnor:

Ballongkatetermetoden är effektiv för cervix utmognad visar ett flertal studier vid intakta fosterhinnor. Vattenavgång i fullgången tid utan värkar komplicerar 5-10% av alla graviditeter. Den kliniska handläggningen i sådana fall är kontroversiell, speciellt då cervix är omogen för induktion av förlossning [22]. Administrering av Oxytocin under sådana omständigheter är associerat med en avsevärt ökad risk för kejsarsnitt. Att avvakta spontan förlossningsstart inom 24-48 timmar reducerar sectiofrekvens avsevärt och förbättrar det maternella och neonatala utfallet [23]. Kvinnor som trots exspektans har en omogen cervix och induceras representerar en grupp med hög frekvens av obstetrisk intervention. Preinduktion med lokalt verkande PgE2 förbättrar utfallet avsevärt [24-25], dock ses inte så sällan negativa sideeffekter till följd av systemisk absorption.

En studie har visat att ballongkateter metoden är likvärdigt bra vid såväl intakta som rupturerade fosterhinnor [26]. I denna

studie konstaterades vattenavgång visuellt via spekulumundersökning. Därefter invändades spontan förlossningsstart upp till 48 timmar. I nästa steg delades patienterna in i tre grupper efter cervixbedömning (bishop score) som följer; < 5 p induktion med ballongkateter, > 5 p induktion med Oxytocin, den tredje gruppen gick i spontan förlossning inom de utsatta 48 timmarna.

Som förväntat sågs en lägre sectiofrekvens i gruppen som gick i spontan förlossning (4 %) jämfört med induktionsgrupperna med oxytocin (20 %) och med ballonginduktion (24 %). Indikation för sectio i denna studie var värksvaghet och/eller fetal distress. I övrigt sågs ingen signifikant skillnad mellan grupperna avseende tecken till infektion, apgar poäng, syrabasstatus, födelsevikt eller användning av EDA. Tidsåtgång för aktiv förlossning skiljde ej mellan grupperna.

Infektionsrisk:

En viktig aspekt, som gjorde att ballonginduktionsmetoden i mitten av detta sekel föll något i glömska, var risk för intrapartal feber och infektioner. Med "steril" teknik vid insättning av kateter, dvs. sterila instrument men inte vaginaltvätt, är risken ringa jämfört med andra metoder. Ingen ökad risk för intrapartal feber med

Tabell 2.

Författare	Wolff et al Sverige -98 [26] Induktion vattenavg utan värkar efter 48 tim exp			Ravisia et al Kanada -00 [15] Tidigare sectio, risk för ruptur vid induktion?				Levy et al Israel -02 [10] ballonginduktion, tidig el sen amniotomi?	
Metod	Foley Trakt	oxytocin	spontan start	Foley	PGE2	oxytocin/ amniotomi	spontan start	Foley tidig amniotomi	traktion sen amniotomi
n:	18	15	85	129	172	274	1544	80	88
Paritet/nollpara%				1	1	2	1	40	42
BS in								3,6	3,5
BS ut/aktiv fas									
Preind tid									
Ind-förl tid								8,3	7,7
Vag förl %	76	80	96	60,8	60,5	74,1	78,0		
Sectio %	24	20	4	39,2	39,5	25,9	22,0	25,0	7,9*
Amniotomi								Ballong ut	3/10 min
Oxytocin	94%	100%	75%					73%, utebliven progress <1 tim	100% ballong ut
Komplikationer: Intrapartal feber % Uterusruptur %	6	7	4	0,76	2,9*	0,73	0,45		

*signifikant. Tomma fält = uppgift saknas/ej studerad.

denna metod synes finnas enligt ett flertal studier [27-29], ej heller vid rupturerade hinnor [26].

En av kontraindikationerna för ballonginduktionsmetoden är klinisk cervicit.

Sammanställning av Patientmaterial från KK Gävle/Sandviken

På länsjukhuset Gävle/Sandviken introducerades ballongkatetermetoden 1997. Metoden är numera etablerad och ett bra komplement för preinduktion vid omen cervix.

Nedan följer en framställning av resultat utifrån de 41 inductioner som dokumenterats med protokoll under åren 97-00.

Metodbeskrivning utifrån då gällande PM i Gävle;

CTG registrering utförs under 30 minuter, ultraljudsbestämning avseende placentaläge.

Exklusionskriterier är lågt eller föreliggande placenta, graviditetslängd < 36 fulla graviditetsveckor, cervixscore enligt Bishop > 5 p, vattenavgång el klinisk cervicit.

Under sterila förhållanden appliceras Foleykateter nr 18 via cervix. Kuffen fylls med 50 ml fysiologisk koksaltlösning innanför inre modermun. Därpå anbringas katetern traktion och tejpas längs insidan av patientens lår, CTG-registrering utförs under 60 min i anslutning till induktionsstart. Varje timme anbringas sedan traktion till katetern som sträcks. När kuffen passerat ner till vagina eller om cervixscore ökat med minst 3 poäng, göres amniotomi och sedvanligt Oxytocin dropp kopplas.

Om ingen effekt av behandlingen erhålls efter 7 timmar avbryts inductionen och katetern avlägsnas. Nytt ställningstagande till alternativ induktionsmetod skall då ske.

I detta material är 41 patienter protokollförda varav 11 faller ur enligt nedan;

2 st brusten kuff.

2 st föregående induction med PGE2 gel.

2 st felaktigt/ofullständigt ifyllt protokoll.

2 st med för hög poäng enligt BS vid inductionen.

3 st där indikation för induction var intrauterin fosterdöd.

Således resultatredovisning av 30 protokoll.

Indikationer för induction:

Överburenhet	7
Oligohydramnios	7
Tillväxthämning	1
Preeclampsi	3
Hypertension	2
Humanitär	6
Hepatos/andra	4

Ålder hos moder: 28,5 år (22-39)

Paritet: nollpara 10 st

Graviditetslängd: median: 40+4 (36+4 - 42+3)

Bishop score KAD in: median: 4 p (1-5), medel: 3,4 p

Bishop score KAD ut: medel/median: 6,0 p (4-8)

Ökning av BS: 2 p

Preinduktionstid (KAD in-ut): median: 2 tim 36 min, medel: 2 tim 41 min (20 min - 7 tim, 10 min)

Tidsåtgång från inductionstart till partus: median: 8 tim 39 min, medel: 10 tim, 24 min (2 tim 44 min - 24 tim 47 min)

Intrapartala komplikationer:

Fetal distress: 1

Feber: 0

Värkrubning: 5

Förlossningssätt:

Vaginal förlossning: 26 (86,7%)

Partus normalis: 22

Vacuum extraktion: 4 (13,3 %)

Akut sectio: 4 (13,3 %) indikation: 3 st långsam progress, 1 st fetal distress.

Vaginal förlossning < 12 timmar:

Totalt: 21/30 (70%)

0 para: 5/10 (50%)

multipara: 16/20 (80%)

Barnets vikt: 3890 gram.

Apgar vid 1 min: 9 p (2-10)

Apgar vid 5 min: 10 p (8-10)

Apgar <7 vid 5 min: 0 st.

Eftervård neoavd: 1/30 (tillväxthämning)

EDA: 20 patienter hade EDA (66,6%)

Oxytocin stimulering givet till 29/30 patienter enl PM. Den patient som ej erhölet oxytocin hade ett snabbt förlossnings förlopp på 4 timmar och 40 min (1-grav, V 38+4, inducerad pga preeclampsi).

Subjektiva besvär av inductionen: 2 patienter anger tryckkänsla nedåt som obehag.

Resultat av patientmaterial från Gävle/Sandviken

Detta material är baserat på selekterade patienter då metoden introducerades i klinisk praxis 1997. Urvalet har således inte skett slumpvis eller blint. Patienterna har inducerats med ballongkateter utifrån läkares bedömning om vilken metod som ansågs bäst lämpad.

Denna resultatredovisning överensstämmer väl med de resultat som redovisats i andra studier avseende kvinnornas ålder och gestationstid. Endast 33% av kvinnorna är nollpara i Gävlematerialet vilket är betydligt färre än i de studier som litteraturstudien baseras på. Bishop score vid anbringande av kateter är något högre i Gävlematerialet och ökning av Bishop score (kateter in – kateter ut) lägre. Tidsåtgång från induktionsstart till förlossning är kortare i ovanstående material. Födelsevikten är högre. Då användning av oxytocin är obligat enligt metodbeskrivningen PM uppgår den till 97%.

I jämförelse med tidigare studier är detta patientmaterial relativt litet.

Diskussion

Vid litteraturgenomgången aktualiserades frågan om hur ballonginduktionsmetoden genomförs optimalt för bästa utfall. Möjligen göres amniotomi först i aktiv fas av förlossning och inte generellt då ballongen faller ut oavsett förlossningsfas, detta kan diskuteras vidare. Huruvida man skall tillföra extra-amniotisk PGE2 lösning via katetern för att undvika användning av oxytocin och därmed reducera sectiofrekvensen kan diskuteras vidare. Rupturerade hinnor bör ej vara exklusionskriterium för ballonginduktion då ingen ökad risk för infektion synes föreligga. "Steril" teknik skall användas, dvs sterila instrument och sterila handskar men vaginaltvätt är ej nödvändig.

Vid litteratur genomgången framstår ballongmetoden som en säker och billig metod med ringa sidoeffekter. Metoden är likvärdigt bra eller bättre än PGE2 vad gäller effektivitet för cervixmognad och total förlossningstid. Den är säker avseende uterusruptur vid tidigare sectio och ökar ej heller risken för upprepat sectio. Resultaten går isär avseende generellt ökad sectiofrekvens med ballonginduktion i jämförelse med vaginalt applicerad PGE2,

dock har lägre risk för sectio påvisats hos förstföderskor.

Vid resultatredovisningen av patientmaterialet från Gävle/Sandviken framgår att 2/3 av patienterna var omföderskor vilket sannolikt förklarar hög ingångs Bishop score samt mindre ökning av Bishop score. Den relativt korta tidsåtgång från induktion till partus kan möjligen också hänföras att flertalet av patienterna är omföderskor. 70 % av patienterna i detta material är förlösta inom 12 timmar.

Då oxytocinstimulering är obligat enligt PM uppgår den till 97% vilket är mycket men ej överraskande. I detta material är de subjektiva besvären av induktionsmetoden så gott som försumbara. Metoden

enligt PM som använts vid KK Gävle/Sandviken har visat bra resultat. Metoden innebär att man omgående, då ballongen faller ut, gör amniotomi och kopplar oxytocindropp och mitt förslag till PM grundar sig på den metod som används vid KK Gävle/Sandviken.

Kostnaden för Ballonginduktion (1 st Foleykateter och 50 ml NaCl) uppgår till 39 kr och skall jämföras med PGE2/Propess 667 kr eller PGE2-gel/Minprostin 2 mg 399 kr. År 2002 uppgick kostnaden för Propess (enligt upphandling från Apoteket) till 130 065 kr (195 st) vid KK UAS.

Konklusion

Ballongkateter metoden är en mycket enkel och säker metod, vältolererad av patienterna och därutöver billig. Läkare anbringa katetern på plats innanför inre modernmun därefter ansvarar barnmorska för den fortsatta induktionen enligt PM (traktion, VU, amniotomi, kopplar oxytocindropp) i samråd med ansvarig läkare. Dokumentering sker enligt protokoll. Metoden är ekonomiskt fördelaktig och utmärkt som komplement i induktionsarsenalerna och kan med fördel introduceras på KK UAS.

Eventuell kan ballongkatetermetoden införas på kliniken i studieform i jämförelse med PGE2/Propess, detta kan diskuteras vidare.

Referenser

1. Bishop EH. *Obstet Gynecol* 1964; 24: 266-8.
2. Garrett WJ. *Med J Aust* 1960; 47: 929-35.
3. Hamilton J. *Historical review of British Obstetrics and Gynecology*. Edinburgh: Livingstone; 1954: 1800-950.
4. Embrey MP, Mollison BG. *J Obstet Gynecol BR Commonw* 1967;74:44-8.
5. Kierce MJ, et al. *Prostaglandins* 1983; 25:671.
6. Manabe Y, et al. *Prostaglandins* 1982; 23: 247-56.
7. Mitchell MD, et al. *BMJ* 1977; 2: 1183-5.
8. Sherman DJ et al. *Obstet Gynecol Surv* 1996;51:621-627.
9. Sherman DJ et al. *Obst Gynecol* 2001;97:375-380.
10. Levy R et al. *BJOG* 2002;109:168-172.
11. Anthony C et al. *Am J Obstet and Gynecol* 1999;180:55-59.
12. Perry KG, et al. *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 178: 1333-1340.
13. Curtin SC, Park MM. *United States ; 1989-1997. Natl. vital stat rep.* 1999; 47: 1-12.
14. St Onge RD, Connors GT. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 175: 687-90.
15. Ravisia DJ, et al. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1176-9.
16. Raskin KS, et al. *J Reprod med*. 1999; 44: 571-574.
17. Sanchez-Ramos L, et al. *Clin Obstet Gynecol*. 2000; 43: 513-23.
18. Adair CD, et al. *Am J Perinatol* 1995; 12: 450-4.
19. Williams MA, et al. *Gynecol Obstet Invest* 1995; 40: 89-93.
20. Z.Ben-Aroya, M et al. *The J of maternal-fetal and neonatal medicine* 2002; 12:42-45.
21. Ghezzi et al. *European J Obstet Gynecol and reproductive biology* 97 (2001) 183-187.
22. Duff P et al. *Obstet Gynecol* 1984;63:692-702.
23. Kappy KA, et al. *J Reprod Med* 1982;27:29-33.
24. Mahmood TA, Dick MJW. *Obstet Gynecol* 1995; 85:71-74.
25. Kramer RL, et al. *Obstet Gynecol* 1997; 89:387-391.
26. Wolff K, Swahn M-L, Westgren M. *Gynecol Obstet Invest* 1998; 46:1-4.
27. Ezimokhai M, Nwabineli JM. *Br J Obstet Gynecol* 1980; 87:281-286.
28. Thomas IL, et al. *Aust -NZ J Obstet Gynecol* 1986; 26:30-35.
29. Mahmood K. *Cent Afr J Med* 1988; 34: 98-102.
30. Sciscione AC et al. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:55-59.

PM KK UAS

Cervixutmognad och induktion av förlossning med kateter.

Exklusionskriterier

1. Lågt sittande eller föreliggande placenta
2. Cervixscore > 5 poäng enligt Bishop score
3. Klinisk cervicit

Metodbeskrivning

CTG-registrering utförs under 30 minuter.

Ultraljudsundersökning för bestämning av placentaläge.

Under "sterila" *) förhållanden appliceras Foleykateter nr 18 genom cervix förbi inre modernmun, ballongen fylls med 50 ml fysiologisk koksaltlösning. Kontrollera kuffens läge palpatoriskt. KAD:n sträcks längs

insidan av låret och tejpas därstädes med ett lätt drag (OBS! Det skall inte framkalla någon smärta hos patienten).

CTG-registrering utförs under cirka 60 minuter efter kateterens insättning.

Sträck katetern efter 1 timme för att kontrollera om katetern är på väg ut.

Därefter justeras kateterens läge genom traktion 1-2 ggr/timme.

När kuffen passerat ner i vagina eller om cervix-score ökat med minst 3 poäng utförs amniotomi och sedan oxytocindropp sätts (OBS! oberoende av tiden på dygnet).

Om ingen effekt av behandlingen erhålls efter 7-10 timmar avbryts induktionsförsöket.

Dokumentera induktionen i avsett protokoll.

*) sterila instrument men ej vaginalvättrena, rena handskar.

Utrustning

1. Foley-kateter nr 18
2. 50 ml fysiologisk koksaltlösning
3. 2 sterila spekulum
4. 1 ögletång eller peang
5. 2 st 30 ml sprutor (alt 1 st 60 ml)
6. Tejp

Maria Palm 030510