

bevarende metoder. Ser man derimod på inkontinens for behandling med løs seton ses forventeligt en lidt lavere inkontinensrate både for væske/flatus og fæces.

Den nyeste rapporterede behandling af høje fistler omhandler anvendelse af plug, her findes i nogle serier en succesrate på ca 85% [10] mens en overordnet vurdering viser, at den generelle succesrate ligger på cirka 40% [11]. Til gengæld er der sjældent inkontinensproblemer med anvendelsen af plug.

Overordnet set var patienterne tilfredse med behandlingen med langsomtstrammende seton.

For at opnå høj kompliance til en behandling, som har en behandlingsmedian på 256 dage, kræves en grundig information af patienterne. Vi mener også, at dette er årsagen til den høje grad af tilfredshed i vores population. Der fandtes således ingen sammenhæng mellem utilfredshed og behandlingsvarighed.

Trods forskelle og individuelle variationer i definitionerne af kontinens findes der blandt de mange metoder til behandlingen af høje fistler ingen entydigt god behandlingsmetode, hvilket det høje antal af behandlingstilbud også indikerer. De fleste studier på området er præget af små populationer, hvilket også gør resultaterne usikre. Der mangler derfor i udtalt grad større randomiserede serier. På baggrund af det lille patientantal og den store individuelle variation i fistelforløbet vil dette kræve et multicentrisk samar-

bejde for at opnå tilstrækkeligt store repræsentative patientpopulationer. Desværre er fistlerne ofte forskellige fra patient til patient, så selv en randomisering ville være usikker.

KONKLUSION

Behandlingen med langsomtstrammende seton bør forbeholdes de komplicerede recidiverende behandlingsforløb på grund af risikoen for inkontinens.

KORRESPONDANCE: Anna Lykke, Kirurgisk Afdeling K, Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV.

E-mail: annalykke@dadlnet.dk

ANTAGET: 4. juni 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Moesgaard FA. Perianale fistler. SÅR 1995;3:117-24.
2. Parks AG, Morson BC. The pathogenesis of fistula-in-ano. Proc Roy Soc Med 1962;5:751-4.
3. Christiansen J, Moesgaard FA. Behandling af analfistler. Ugeskr Læger 2002;164:4519-21.
4. Sentovich SM. Anal fistulas: treatment options in the new millennium. Seminars in Colon & Rectal Surgery 2003;14:100-6.
5. www.wmsurgeons.com/kb/entry/81/ (17. august 2009).
6. Ritchie RD, Sackier JM, Hodde JP. Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula. Colorectal Dis 2009;11:564-71.
7. Ortiz H, Marzo J. Endorectal flap advancement repair and fistulectomy for high trans-sphincteric and suprasphincteric fistulas. Br J Surg 2000;87:1680-3.
8. Zimmerman DD. Anocutaneous advancement flap repair and transsphincteric fistulas. Briel JW, Gosseling MP, Schouten WR, editors. 2008.
9. Joy HA, Williams JG. The outcome of surgery for complex anal fistula. Colorectal Dis 2002;4:254-61.
10. Johnson EK, Gaw JU, Armstrong DN. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas. Dis Colon Rectum 2006;49:371-6.
11. The Surgisis AFP anal fistula plug: report of a consensus conference. Colorectal Dis 2008;10:17-20.

Epidemiologi, morbiditet og mortalitet ved fødsel ved gestationsalder på 24-31 uger

Overlæge Ester Garne & overlæge Carl Grytter

RESUME

INTRODUKTION: Formålet med artiklen var at beskrive epidemiologi, morbiditet og mortalitet for børn med en gestationsalder (GA) < 32 uger.

MATERIALE OG METODER: Alle børn, der var født med GA 24-31 uger i 2000-2005, og som startede svangreomsorg i det tidligere Vejle Amt blev inkluderet. Studiet omfatter to datakilder: 1. Neobasen for alle nyfødte på Neonatalafsnittet på Kolding Sygehus, 2. Perinatalkomiteen for Vejle Amt.

RESULTATER: I alt 275 børn blev født med GA < 32 uger, heraf 89 børn med GA < 28 uger. Dette giver en prævalens på 9,2 pr. 1.000 fødte med GA < 32 uger og på 3,0 pr. 1.000 fødte med GA < 28 uger. 46% af børnene var fra flerfoldgraviditeter. I alt 30 børn (11%) døde inden udskrivelse, og ved GA < 28 uger var

mortaliteten 29%. Mortaliteten var ens for enkelt- og flerfødte, men hyppigheden af grad 2-4-hjerneblødning var højere hos flerfødte ($p < 0,05$). Risiko for fødsel før 32 uger var 20 gange højere for børn fra flerfoldgraviditeter. I alt 39% af børnene fik surfaktant behandling. Børn, der var født ved sectio, fik signifikant oftere surfaktant ($p < 0,001$), selv om den mediane GA var højere end for vaginalt fødte (henholdsvis 30 og 29 uger).

KONKLUSION: Sammenlignet med *The Danish national study in infants with extremely low gestational age and birthweight* (ET-FOL)-undersøgelsen fra 1994-95 er hyppigheden af ekstremt præterm fødsel (GA < 28 uger) stationær eller let stigende, mens mortaliteten er faldet signifikant. Flerfoldgraviditeter udgør næsten halvdelen af børn, der fødes med en GA på 24-31 uger. Børn, der fødtes ved sectio, havde oftere behov for surfaktant.

ORIGINALARTIKEL

Sygehus Lillebælt,
Kolding,
Børneafdelingen

Præterm fødsel er den hyppigste årsag til mortalitet og morbiditet i neonatalperioden. De ekstremt præmature børn født med en gestationsalder (GA) på under 28 uger har lange neonatale indlæggelser og betydeligt øget risiko for senfølger som konsekvens af den tidlige fødsel.

Undersøgelsen *The Danish national study in infants with extremely low gestational age and birthweight* (ETFOL) [1] omfattede alle børn, der var født i Danmark i 1994-1995 med en GA på under 28 uger eller en fødselsvægt (FV) på < 1.000 gram. Undersøgelsen viste en mortalitet på 44%, og blandt de overlevende fandtes 74% normale, da de nåede toårsalderen.

Internationalt er der tradition for at opgøre mortalitet frem til udskrivelse samt komplikationsfrekvensen under den primære indlæggelse i form af forekomst af intraventrikulær blødning (IVH gr. 3 + 4) (15% i ETFOL), nekrotiserende enterokolitis (NEC) (3,4% i ETFOL) og retinopati (ROP) (5% i ETFOL). I ETFOL fik 44% af børnene surfaktant, og 43% blev respiratorbehandlet.

Flere danske neonatalafdelinger har offentliggjort deres behandlingsresultater, men med børn, der var født, før surfaktant markant ændrede børnenes overlevelse [2, 3]. Det er vigtigt at dokumentere kvaliteten af den neonatale behandling, som er meget resursekrævende. Dette kan gøres relativt nemt for Vejle Amt, da data er indsamlet rutinemæssigt over mange år og muliggør såvel afdelingsbaseret som populationsbaseret opgørelse.

Formålet med dette projekt var at beskrive epidemiologi og morbiditet under indlæggelsen samt mortalitet til første udskrivelse til hjemmet for børn med en GA på 24-31 uger fra det tidligere Vejle Amts optageområde. Populationsbaserede data af denne art er ikke tidligere publiceret i Danmark.

MATERIALE OG METODER

Inklusionskriterierne var alle graviditeter med svangersomsorg, der blev startet på et af sygehusene i Vejle amt, og som førte til fødsel med en GA på 24-31 uger i 2000-2005. Børn af gravide, der senere er visiteret til fødsel på en lands/landsdelsafdeling, indgår også. Alle fødsler med levende foster ved starten af fødslen inkluderedes. Fostre, der døde før fødslen startede, er således ikke inkluderet.

De to datakilder

1. Neobasen, som er en neonatal kvalitetssikringsdatabase. Ved alle udskrivelser udfyldes et skema med data om det neonatale forløb. En gang om året kontrolleres det via udtræk af indlæggelseslister, at alle indlagte børn er registreret i Neobasen.
2. Perinatalkomiteen for Vejle Amt registrerer alle graviditeter med intrauterin død efter uge 22 eller død inden for de første 28 dage efter fødslen. Kautionssystemet for udenamtsbehandling er en af datakilderne til Perinatalkomiteen.

Herefter er der indsamlet supplerende data fra børnenes journaler, specielt vedrørende behandling og komplikationer under indlæggelse på universitets-sygehusene.

Gravide med truende præterm fødsel ved en GA på < 26 uger blev, såfremt det var muligt, overflyttet til et universitetssygehus med henblik på fødsel. Børnene blev herefter tilbageflyttet til Kolding Sygehus et par uger efter fødslen. For kvinder med præterm fødsel fra GA 26+0 var det tilstræbte fødested Kolding Sygehus. Fødeafdelingerne i Vejle, Fredericia og Horsens visiterede ligeledes efter disse regler.

Der blev ikke tilbudt aktiv behandling ved en GA på < 24 uger.

Alle børnene med en GA på < 30 uger blev lagt i *continuous positive airway pressure* (CPAP) efter fødslen. Indikation for surfaktant var en arterioalveolær (A/a)-ratio under 0,36 og med faldende tendens, som anbefalet i et tidligere dansk studie [4]. Der blev rutinemæssigt foretaget ultralydsskanning af cerebrum i første leveuge og efter fem uger. Børnene blev fra seksugersalderen og til terminen fulgt af øjenlæge.

Data om antal fødte på de fire fødesteder er gen-



Ammetræning før udskrivelse. Trillinger født med en gestationsalder på 28 uger. Trilling A havde en fødselsvægt på 970 g, aktuel vægt 2.025 g. Trilling B, der havde en fødselsvægt på 900 g, døde to dage gammel med alvorlig hjertemisdannelse. Trilling C havde fødselsvægt 1.300 g, aktuel vægt 2.590 g. Foto: Anne Marie Christiansen, Klinisk Foto.



TABEL 1

Antal børn født med en gestationsalder på < 32 uger samt fødested og mortalitet pr. gestationsuge.

Gestations- alder, uger	Kolding		Lokal fødeafdeling		Universitets- afdelingen		Fødte i alt	Døde i alt (%)
	i alt	heraf døde	i alt	heraf døde	i alt	heraf døde		
24	1	1	1	1	9	6	11	8 (73)
25	3	2	0	0	18	8	21	10 (48)
26	8	1	3	2	17	2	28	5 (18)
27	21	1	1	0	7	2	29	3 (10)
28	27	0	1	0	3	0	31	0
29	23	2	1	0	1	0	25	2 (8)
30	50	1	3	0	0	0	53	1 (2)
31	71	1	6	0	0	0	77	1 (1)
I alt	204	9	16	3	55	18	275	30 (11)

nem årene indsamlet af Perinatalkomiteen. Det samlede antal børn, der blev født i perioden på de fire sygehuse, var 29.803. Beregningerne om prævalens er foretaget ud fra dette fødselstal. Hertil kommer et meget lille antal børn fra Vejle Amt, som blev født på universitetshospitalerne. Ved beregninger omkring flerfoldsgraviditeter er også medtaget fødslerne med en GA på < 32 uger på universitetssygehuse. Data om antal fødte ved flerfoldsfødsler er ikke tilgængelige for 2001 og 2005

Statistik

Undersøgelsen er beskrivende. Ved vurdering af forskelle bruges χ^2 -test.

RESULTATER

Epidemiologi

I alt 275 børn blev født med en GA < 32 uger i 2000-2005, og heraf var 89 børn født med en GA på < 28 uger. Dette giver en prævalens på 9,2 pr. 1.000 fødte med en GA på < 32 uger og 3,0 pr. 1.000 fødte med en GA på < 28 uger.

Antal børn pr. GA med fødested og mortalitet til første udskrivelse ses i **Tabel 1**. Hovedparten af de yngste børn blev født på universitetssygehus i overensstemmelse med visitationsreglerne, men enkelte børn nåede ikke at blive flyttet in utero. I alt 30 børn døde, og den samlede mortalitet var 11%, mens mortaliteten ved GA < 28 uger var 29% (26/89 børn). I fem tilfælde blev der ikke tilbudt aktiv behandling, og disse var ikke indlagt på neonatalafdeling. Dødsårsagerne for de 30 børn ses i **Tabel 2** og var overvejende betinget af lungeproblemer eller NEC. Kun tre dødsfald fandt sted på Neonatalafsnittet på Kolding Sygehus, hvor kun otte af de 30 døde børn havde været indlagt.

Lidt over en tredjedel af alle børnene blev født vaginalt (36%). For børn med en GA på < 28 uger blev 38 af 89 (43%) født vaginalt, mens 62 af 186 børn (33%) med en GA på mellem 28 og 31 uger blev født vaginalt ($p = 0,13$).

Flerfoldsgraviditeter

En stor andel af børnene var fra flerfoldsgraviditeter (**Tabel 3**). Blandt 11 børn med en GA på 24 uger var kun tre enkeltfødte, og 46% af alle børnene var fra flerfoldsgraviditeter. Der var ikke forskel i mortaliteten for enkeltfødte og flerfødte: 15/148 (10%) og 15/127 (12%) ($p = 0,66$). Der var heller ikke forskel i fødselsmåde og behov for surfaktant.

For enkeltfødte børn blev 110 af i alt 18.969 børn født med en GA på < 32 uger, hvilket svarer til en risiko på 0,6% (årene 2001 og 2005 er ikke medtaget). Der var i alt 814 flerfødte, hvoraf 97 blev født med en



TABEL 2

Dødsårsager for 30 børn, der blev født med gestationsalder på < 32 uger.

Dødsårsag	Antal børn	Gestations- alder, uger
Respiratory distress syndrome	4	24, 24, 26, 27
Lungeblødning	2	24, 26
Lungehypoplasi	2	26, 30
Kredsløbssvigt	2	25, 25
Sepsis	1	29
Nekrotiserende enterokolitis	5	24, 25, 25, 26, 26
Transfusionssyndrom	4	25, 25, 27, 27
Misdannelser	1	31
Andet	4	24, 25, 25, 29
Ingen aktiv behandling	5	24, 24, 24, 25, 25

TABEL 3

Medianfødselsvægt og antal flerfoldsgraviditeter pr. gestationsuge.

Gestations- alder, uger	Antal børn	Fødselsvægt, g median (spændvidde)	Flerfolds- graviditet n (%)
24	11	634 (550-708)	8 (73)
25	21	697 (345-990)	12 (57)
26	28	870 (538-1.135)	14 (50)
27	29	978 (650-1.300)	11 (38)
28	31	1.150 (595-1.597)	11 (35)
29	25	1.286 (960-1.825)	8 (32)
30	53	1.500 (857-2.194)	23 (43)
31	77	1.598 (788-2.205)	40 (52)
I alt	275	-	127 (46)

GA på < 32 uger, hvilket svarer til en risiko på 12%. Det betyder, at risikoen for at blive født før uge 32 er 20 gange højere for børn fra flerfoldsgraviditeter end for enkeltfødte.

Behandling

I alt 107 af 270 børn blev behandlet med surfaktant (39%). Data mangler for fem børn, som blev født og døde uden for Kolding Sygehus, hvoraf tre døde lige efter fødslen.

Blandt børnene med en GA på < 28 uger fik 41/84 (49%) surfaktant, og blandt børn med en GA på 28-31 uger fik 66/186 (35%) denne behandling ($p < 0,05$).

Blandt de børn, der var født vaginalt, fik 26 af 99 børn surfaktant (26%) mod 81 af 171 (47%) af børnene, der var født ved sectio ($p < 0,001$). Den mediane GA for børn, de var født vaginalt, var 29 uger mod 30 uger for børn født ved sectio.

I alt 56 børn blev respiratorbehandlet: 36 med GA < 28 uger og 20 med GA \geq 28 uger. Seksten af børnene døde. Fødested for børn i respiratorbehandling var universitetssygehus for 28, lokal fødeafdeling for ni og Kolding Sygehus for 19 børn.

TABEL 4

Komplikationer under indlæggelse hos 275 børn født med en gestationsalder på < 32 uger.

	Antal børn	Heraf antal enkeltfødte (%)	Gestations- alder, uger	Antal døde
Intraventrikulær blødning grad 1	17	15 (88)	25-31	0
Intraventrikulær blødning grad 2-4	17	5 (29)	24-31	2
Nekrotiserende enterokolitis	7	5 (71)	24-30	5
Retinopatibehandling	13	5 (38)	24-27	1

Komplikationer

I alt 34 børn fik påvist IVH ved ultralydsskanning (Tabel 4). Sytten børn havde grad 1-blødning, heraf var 15 enkeltfødte. Sytten børn havde grad 2-4-blødning, og heraf var 12 flerfødte (9% af flerfødte) og fem enkeltfødte (3% af enkeltfødte) ($p < 0,05$).

Fem børn med en GA på 24-26 uger døde af NEC. Herudover blev to overlevende børn med en GA på henholdsvis 27 og 30 uger opereret for NEC.

I alt 13 børn fik behandlingskrævende retinopati (ROP). Gestationsalderen var under 28 for dem alle. Hyppigheden af ROP blandt overlevende med GA < 28 uger var 21% (13 af 63). Den mediane fødselsvægt var 674 g (540-1.010g). Alle børn med behandlingskrævende ROP var født på universitetssygehus.

Udskrivelse

I alt 245 børn blev udskrevet i live. Heraf blev 123 børn ernæret med modermælk ved udskrivelsen, 86 børn blev delvist ammet, mens 35 børn fik modermælkserstatning.

Vægt ved udskrivelse til hjemmet forelå for 242 børn. Halvdelen af børnene (119) vejede mellem 2,5 og 3 kg ved udskrivelsen. Fire børn, som alle var svært væksthæmmede ved fødslen, blev udskrevet med en vægt under 2 kg. I alt 75 børn vejede mellem 2 og 2,5 kg ved udskrivelsen, mens 44 børn havde en vægt på over 3 kg.

GA ved udskrivelse var tilgængelig for børn, der var født efter indførelsen af EPJ i 2003. Hovedparten (123) blev udskrevet før terminen, heraf 11 allerede ved en GA på 35 uger. Kun 12 børn måtte vente med at komme hjem til efter terminen (GA 40-44 uger).

DISKUSSION

Vi fandt en samlet prævalens af fødsel før en GA på 32 uger på 9,2 pr. 1.000 fødte og 3,0 pr. 1.000 fødte ved en GA på < 28 uger. I ETFOL 1994-1995 [1] var der 349 levendefødte børn født med en GA på 24-27 uger, og en prævalens på 2,5 pr. 1.000 fødte med en GA på < 28 uger. Der synes at være en let stigning i antallet af ekstremt for tidligt fødte fra 1994-1995 til 2000-2005. I ETFOL er 37% af de aktivt behandlede børn med en GA på < 28 uger flerfødte mod 51% af alle med en GA på < 28 i vores studie. Den øgede hyppighed af flerfoldsgraviditeter [5] kan måske forklare den stigende prævalens.

I Trent i England fandtes en hyppighed af ekstremt for tidlig fødsel, der var 50% højere end i ETFOL 1994-1995 [6], men stationær for GA < 26 uger fra 1994-1999 til 2000-2005 [7].

Vi fandt en mortalitet på 29% for børn med en GA på 24-27 uger. I ETFOL ti år tidligere var mortaliteten 44% (151 af 346). Der er således et markant

forskel i mortaliteten i de to perioder ($p < 0,001$). I Østdanmark fandtes i 2003 en mortalitet på 31,5% for børn født med en GA på 24-27 uger [8], hvilket svarer til vores mortalitet på 29% for 2000-2005. I andre europæiske områder i samme studie (MOSAIC) var mortaliteten fra 19,5% til 58,5% [8]. I Sverige fandt man i 2004-2007 en mortalitet i første leveår for børn med en GA på 24-26 uger på kun 21% (116 af 555) [9] mod 38% (23 af 60) til første udskrivelse i vores population

Mortalitet for børn med en GA på 28-31 uger var i vores studie 2,2% (fire døde blandt 186 børn). I MOSAIC-studiet fra 2003 [8] var mortaliteten i Østdanmark 3,8%, og i de ni europæiske regioner var mortaliteten mellem 3,4% og 14%. Selv om mortaliteten ved en GA på 28-31 uger er meget lavere end ved en GA på < 28 uger, måles mortaliteten i procent og ikke i promiller, som for børn der er født til terminen.

Hovedparten af børnene døde af komplikationer til den for tidlige fødsel (Tabel 2). Der var kun et tilfælde med misdannelser (trisomi 13).

Næsten halvdelen af børnene i vores studie (46%) var flerfødte. Mortaliteten for disse børn var den samme som for enkeltfødte børn. Til gengæld var hyppigheden af grad 2-4-IVH signifikant højere hos flerfødte. Et andet studie viste signifikant øget forekomst af grad 3-4-IVH hos flerfødte ved fødsel før uge 32 [10]. Vi kunne beregne, at risikoen for at blive født med en GA på < 32 uger er 20 gange højere for børn fra flerfoldgraviditeter sammenlignet med enkeltfødte. Disse tal er baseret på risikoen for hvert barn, mens obstetriske data angiver risikoen for præterm fødsel for den gravide, og dermed ikke for hvert barn. Da både morbiditeten og mortaliteten er væsentligt øgede ved fødsel før uge 32, er denne høje risiko vigtig at tage hensyn til ved fertilitetsbehandling.

Halvdelen af børnene med en GA på < 28 uger fik surfaktant, mens en tredjedel af børnene med en GA på 28-31 fik dette. Børn, der var født ved sectio, fik signifikant oftere behov for surfaktant på trods af højere GA end børn, der var født vaginalt (den mediane GA var på henholdsvis 30 og 29 uger). Fødsel ved sectio kan således være en risikofaktor for udvikling af *respiratory distress syndrome* (RDS). Vi har ikke fundet andre publikationer om dette ved en GA på < 32 uger.

Hyppighed af respiratorbehandling var 40% for børn med en GA på < 28 uger og dermed den samme som i ETFOL med 42%. 11% af børnene med en GA på 28-31 uger blev respiratorbehandlet. En del af disse blev født på lokal fødeafdeling. Selve transporten var indikation for intubation for en del af børnene.

Komplikationer i form af NEC og retinopati forekom næsten udelukkende i gruppen af børn med en GA på < 28 uger. Hyppigheden af NEC er i vores population lidt højere end i ETFOL, men der er tale om små tal (seks børn (6,7%) ved en GA på < 28 uger). Hyppigheden af grad 3 og 4-IVH ved en GA på < 28 uger er derimod lavere: tre af 89 (3,4%) mod 49 af 318 (15,4%) i ETFOL [1]. Herudover havde vi flere tilfælde af IVH hos flerfødte med en GA på 28-31 uger, så ultralydsskanning af cerebrum synes velindiceret for alle med en GA på < 32 uger. Tretten børn fik behandlingskrævende retinopati (14,6% af alle med GA < 28 uger). Det er kendt, at der er sket en stigning i antal børn med behov for laserbehandling for ROP, men årsagen hertil kendes endnu ikke [11]. Vi har på grund af den stigende forekomst af ROP ændret afdelingens politik for anvendelse af ilttilskud til præmature børn, såvel ved fødslen [12] som i de første to levemåneder [13], hvor der nu tilstræbes en lavere og mere fysiologisk iltmætning, med konstant pulsoksimetrisk monitorering.

På trods langvarig ernæring pr. sonde er halvdelen af børnene ernæret udelukkende med modermælk ved udskrivelsen og yderligere 35% delvist med modermælk. De fleste børn er udskrevet før terminen med en vægt mellem 2,5 og 3 kg, og kun fire børn vejede under 2 kg. Det er således meget få børn med en vægt under 2 kg, der kan spise selv og tage tilstrækkeligt på i vægt.

Visitationsreglerne for præterm fødsel var i hele perioden de samme: Ved en GA på < 26 uger tilstræbtes overflytning til universitetssygehus, og ved præterm fødsel med en GA på ≥ 26 uger visiteredes til fødsel i Kolding. På trods af dette blev 16 børn født på lokalt sygehus, de fleste dog med en GA på 30 og 31 uger. Fødsel i Kolding kunne efter visitationsreglerne finde sted fra GA 26+0. Der var i alt 28 børn med en GA på 26 uger, hvoraf tre blev født på lokalt sygehus, otte i Kolding og 17 på universitetssygehus. En del af de børn, der blev født på universitetssygehus, er overført dertil intrauterint ved en GA på 25 uger, og moderen er forblevet indlagt der. Ved en GA på 27 uger er syv af 29 børn født på universitetssygehus. I praksis bliver GA-grænsen for visitation af fødslerne ca. en uge højere end tilstræbt.

Sammenfattende kan konkluderes, at hyppigheden af ekstremt præterm fødsel de seneste ti år har været stationær eller let stigende, mens mortaliteten er faldet signifikant, men stadig er meget høj for de allermindste, og morbiditeten er betydelig med behov for surfaktant og respiratorisk støtte hos en stor del af børnene. Der er fortsat god grund til at undgå fødsel ved en GA < 32 uger, og beslutning om fødsel ved GA < 32 uger bør kun tages på tvingende indikation.

Den positive side er, at hovedparten af børnene med en GA på < 32 uger udskrives i live før terminen, de fleste er ernæret med modermælk og vejer mellem 2,5 og 3 kg.

KORRESPONDANCE: Ester Garne, Børneafdelingen, Sygehus Lillebælt, DK-6000 Kolding. E-mail: ester.garne@fks.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 2. oktober 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Kamper J, Feilberg Jørgensen N, Jonsbo F, Pedersen-Bjergaard L et al. Danish ETFO Study Group. The Danish national study in infants with extremely low gestational age and birthweight (the ETFO study): respiratory morbidity and outcome. *Acta Paediatr* 2004;93:225-32.
2. Nødgaard H, Hansen H. Udvikling i neonatal mortalitet og morbiditet hos børn med meget lav fødselsvægt i Nordjyllands Amt. *Ugeskr Læger* 1995;157:5712-5.
3. Kroner J, Hjelt K, Nielsen JE et al. Den neonatale mortalitet, morbiditet og senfølger hos børn med fødselsvægt mindre end 1,501 g eller svangerskabslængde mindre end fulde 31 uger indlagt på et centralsygehus. *Ugeskr Læger* 1995;157:5707-11.
4. Verder H, Albertsen P, Ebbesen F et al. Nasal continuous positive airway pressure and early surfactant therapy for respiratory distress syndrome in newborns of less than 30 weeks' gestation. *Pediatrics* 1999;103:E24.
5. Westergaard T, Wohlfahrt J, Aaby P et al. Population based study of rates of multiple pregnancies in Denmark, 1980-94. *BMJ* 1997;314:775-9.
6. Field D, Petersen S, Clarke M et al. Extreme prematurity in the UK and Denmark: population differences in viability. *Arch Dis Child Neonatal Ed* 2002;87:F172-75.
7. Field D, Dorling JS, Manktelow BN et al. Survival of extremely premature babies in a geographically defined population: prospective cohort study of 1994-9 compared with 2000-5. *BMJ* 2008;336:1221-3.
8. Draper ES, Zeitlin J, Fenton AC et al. Investigating the variations in survival rates for very preterm infants in 10 European regions: the MOSAIC birth cohort. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2009;94:F158-63.
9. The EXPRESS Group. One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden. *JAMA* 2009;301:2225-33.
10. Blickstein I, Reichman B, Luskay A et al. in collaboration with the Israel Neonatal Network. Plurality-dependant risk of severe intraventricular hemorrhage among very low birth weight infants and antepartum corticosteroid treatment. *AJOG* 2006;194:1329-33.
11. Fledelius HC, Göte H, Greisen G et al. Surveillance for retinopathy of prematurity in a Copenhagen high-risk sample 1999-2001. Has progress reached a plateau? *Acta Ophthalmol Scand* 2004;82:32-7.
12. Dawson JA, Karmlin CO, Wong C et al. Oxygen saturation and heart rate during delivery room resuscitation of infants < 30 weeks' gestation with air or 100% oxygen. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2009;94:F87-91.
13. Tin W, Milligan D, Pennfather P et al. Pulse oximetry, severe retinopathy, and outcome at one year in babies of less than 28 weeks gestation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2001;84:F106-10.

Mallory-Weiss læsioner

Læge Jeppe Lange & ledende overlæge Lone S. Jensen

ORIGINALARTIKEL

Århus Universitets-hospital, Århus Sygehus, Kirurgisk Gastroentero-logisk Afdeling L

RESUME

INTRODUKTION: Mallory-Weiss læsion (MW) blev første gang beskrevet i 1929. MW er små, overfladiske slimhinderifter ved den gastrosofageale overgang og angives som årsagen til indlæggelse for øvre gastrointestinal blødninger hos 1-15%. Der er få studier med opfølgning på patienter med MW. Formålet med dette studie er at karakterisere patienter, der var indlagt med MW på en dansk kirurgisk afdeling samt at belyse prognosen for disse patienter.

MATERIALE OG METODER: Data fra 49 patienter, der var indlagt i en femårig periode med endoskopisk verificeret MW, blev registreret. Ved opfølgning var 35 patienter i live og blev kontak-tet. Niogtve responderede. Der var et gennemsnitligt tidsinter- val fra indlæggelse til opfølgende kontakt på 42,7 måneder.

RESULTATER: Hos alle 49 patienter blev der opnået hæmostase under indlæggelsen. Seksten patienter modtog aktiv behan- dling i forbindelse med endoskopi. Hæmoglobin ved indlæg- gelse var lavere ($p = 0,008$), tilstedeværelsen af blødningsstig- mata væsentlig højere ($p < 0,001$), og flere modtog blodtransfusion blandt de aktivt behandlede ($p = 0,01$). Ved op- følgning var 50% af de aktivt behandlede døde mod 18% blandt de konservativt behandlede ($p = 0,02$). I alt 10% af alle patien- ter, der havde været indlagt med MW, blev genindlagt i opføl- gningsperioden med ny gastrointestinal blødning.

KONKLUSION: Vore data indikerer nødvendigheden af en æn- dret holdning til opfølgning af patienter, der har været indlagt med blødningsstigmatiseret MV.

Mallory-Weiss læsion (MW) blev første gang beskrev- et i 1929 hos fire afdøde kronisk alkoholiske patien- ter, der var indlagt pga. hæmatemese [1].

MW angives som årsagen til indlæggelse for øvre gastrointestinal blødning hos 1-15% [2-11], og er anamnestic ofte forudgået af initial alimentær eme- sis [2, 10-14].

Læsionerne er længdegående, overfladiske slim- hinderifter, som varierer i størrelse op til et par centi- meter i længde og nogle millimeter i bredde. De kan indeholde blødningsstigmata i form af pågående blødning (arteriel/venøs), synligt kar eller være dæk- ket af koagel som tegn på nylig frisk blødning. Læsionerne er hyppigst beliggende omkring den gas- trosofageale overgang [4, 15, 16], og er hos op mod ni ud af ti solitære [3, 4, 16].

Histologisk ses ingen tegn på kronisk påvirkning [1].