

med antibiotika (quinoloner) er i en nyere metaanalyse vist at have gunstig effekt på overlevelsen (11).

Fremtidige studier bør omfatte kombineret farmakologisk (Glypressin ± nitroglycerin) og endoskopisk behandling (*banding*, skleroterapi) mod de respektive endoskopiske og farmakologiske behandlinger alene og med standardiseret definition af klinisk betydende variceblødning samt omhyggelig registrering af komorbiditet og -mortalitet, transfusionsbehov og bivirkninger.

Det væsentligste med hensyn til at bedre korttidsoverlevelsen for cirrosepatienter med variceblødning er efter alt at dømme at etablere hæmostase hurtigt; behandlingen bør foregå i team af hepatologiske og/eller gastroenterologiske medicinere, erfarne endoskopører og dedikerede intensivlæger. Behandlingen bør foregå i større funktionsbærende enheder, der besidder samtlige disse kompetencer. Ved primært behandlingssvigt, som ses hos ca. 10%, bør tidlig overflytning til specialenhed mhp. TIPS-anlæggelse overvejes. Absolutte og relative kontraindikationer til akut TIPS-anlæggelse omfatter svært nedsat leverfunktion, tidligere/aktuel hepatisk encefalopati, langvarig ballontamponade, infektion, respiratorbehandling, nedsat nyrefunktion og behov for pressorstoffer (12). Der bør foreligge instrukser med klare algoritmer for hver klinisk beslutning i forløbet af behandlingen af variceblødning hos patienter med levercirrose.

Reprints: *Henning Grønbaek*, Medicinsk Afdeling V, Århus Kommunehospital, DK-8000 Århus C. E-mail: [henning.gronbaek@dadlnet.dk](mailto:henning.gronbaek@dadlnet.dk)

Antaget den 18. december 2002.

Århus Universitetshospital, Århus Kommunehospital, Medicinsk Afdeling V.

#### Litteratur

1. De Franchis R. Developing consensus in portal hypertension. *J Hepatol* 1996;25:390-4.
2. Westaby D. Emergency and elective endoscopic therapy for variceal haemorrhage. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1992;6:465-80.
3. Corley DA, Cello JP, Adkisson W. Octreotide for acute esophageal variceal bleeding: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2001;120:946-54.
4. Gøtzsche PC. Somatostatin analogues for acute bleeding oesophageal varices (Cochrane Review). I: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
5. Ioannou G, Doust J, Rockey DC. Terlipressin for acute esophageal variceal hemorrhage (Cochrane Review). I: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
6. D'Amico G, Pietrosi G, Tarantino I et al. Emergency sclerotherapy versus medical interventions for bleeding oesophageal varices in cirrhotic patients (Cochrane Review). I: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
7. D'Amico G, Pagliaro L, Bosch J. Pharmacological treatment of portal hypertension: an evidence-based approach. *Semin Liver Dis* 1999;19:475-505.
8. Banares R, Albillos A, Rincón D et al. Endoscopic treatment versus endoscopic plus pharmacologic treatment for acute variceal bleeding: a meta-analysis. *Hepatology* 2002;35:609-15.
9. Levacher S, Letoumelin P, Pateron D et al. Early administration of terlipressin plus glyceryl trinitrate to control active upper gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients. *Lancet* 1995;346:865-8.
10. Bendtsen F, Becker PU. Behandling af esophagusvaricer. *Ugeskr Læger* 2001;163:1552-6.
11. Bernard B, Grange JD, Khac EN et al. Antibiotic prophylaxis for the prevention of bacterial infections in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *Hepatology* 1999;29:1655-61.
12. Grønbaek H, Astrup LB, Nielsen DT et al. Transjugulær intrahepatisk portosystemisk shunt (TIPS) til behandling af komplikationer ved portal hypertension hos patienter med levercirrose. *Ugeskr Læger* 2003;165:439-42.

## Kejsersnit ved første fødsel – hvad sker der næste gang ...?

### ORIGINAL MEDDELELSE

*Isa Niemann & Søren Voigt*

### Resumé

**Introduktion:** Formålet var at undersøge, hvor ofte der efter sectio caesarea informeres om den skønsmessigt bedste forløsningsmetode ved næste graviditet, og som basis for denne rådgivning at beskrive hyppigheden af gentaget kejsersnit grupperet efter indikation.

**Materiale og metoder:** Undersøgelsen er retrospektiv og baseret på journalgennemgang af 108 førstegangsfødende ved sectio i perioden fra den 1. januar 1994 til den 31. december 1996 på Haderslev Sygehus. Opfølgningsperioden frem til en eventuel næste fødsel var fra 3,5 år til 6,5 år.

**Resultater:** At rådgivning om fremtidig forløsningsmetode har fundet sted er dokumenteret hos 41%, oftest hos kvinder, der har fået foretaget kejsersnit pga. dystokia, sjældnest hos kvinder, der har fået foretaget kejsersnit pga. underkropsstilling ( $p < 0,05$ ). Ved næste fødsel fik 43% foretaget sectio. Gentagelseshyppigheden var størst ved dystokia som indikation for første sectio og lavest ved underkropsstilling ( $p < 0,01$ ). Der var ingen signifikant forskel blandt grupperne med hensyn til at få flere børn.

**Diskussion:** Under halvdelen fik dokumenteret information og rådgivning om fremtidig forløsningsmetode efter et sectio. Gentagelseshyppigheden for kejsersnit varierer betydeligt med indikationen for første sectio. Derfor foreslås en mere udbredt information med hensyn til forløsningsmetode ved en efterfølgende fødsel blandt andet for at undgå fravalg af fremtidige graviditeter på grund af usikkerhed.

Det er velkendt, at når en kvinde i første graviditet får foretaget sectio caesarea, er hendes risiko for gentagelse ved næste graviditet stor (1). I litteraturen varierer gentagelseshypigheden fra 21% til 64% (2-9).

Da et kejsersnit sjældent er en ønsket afslutning på en graviditet, og da især akutte kejsersnit må kunne efterlade uro og angst for gentagelse, må dokumenteret rådgivning om, hvorledes den næste fødsel gribes an, være indiceret.

Vi har undersøgt, hvor mange der efter kejsersnit ved første fødsel får en sådan rådgivning. Desuden har vi beskrevet hyppigheden af gentaget sectio opgjort i forhold til indikationen for første sectio og undersøgt, hvor mange der får barn nummer to.

### Materiale og metoder

Ud fra Haderslev Sygehus' journalmateriale fra 1994, 1995 og 1996 blev der fundet i alt 131 førstegangsfødende, der var blevet forløst ved sectio. Heraf blev 23 kvinder udeladt, da de enten var flyttet fra optageområdet efter første fødsel eller var visiteret til en anden fødeafdeling ved næste fødsel. Materialet bestod således af 108 kvinder.

Observationsperioden blev afsluttet den 30. juni 2000 og varede således fra 3,5 år til 6,5 år frem til en eventuel næste fødsel. Eventuelle yderligere fødsler indgår ikke.

Sectiofrekvensen på Haderslev Sygehus har i perioden 1994 til 2000 gennemsnitligt været på 8,9%. Der finder årligt omkring 1.000 fødsler sted på afdelingen.

I 1988 opstillede WHO (9) følgende fire »tilnærmede indikationer« for kejsersnit for førstegangsfødende med enkeltfødsel: 1) underkropsstilling, 2) dystokia, 3) asphyxia og 4) andet. Ved dystokia forstås manglende fremgang i fødslen på grund af mekaniske misforhold (f.eks. stort barn, smalt bækkenmål og uregelmæssig præsentation). Ved asphyxia forstås tegn på iltmangel hos barnet under fødslen (f.eks. svigtende placentafunction og navlesnorskomplicationer). Ud fra journaloplysninger om den operative indikation er dataene fordelt i disse fire grupper.

Informationen/rådgivningen vedrørende fremtidig forløsningsmetode er delt i to grupper: vaginal prøvofødsel eller elektivt sectio.

Til statistisk bearbejdelse af data er anvendt  $\chi^2$ -test, idet gruppen »andet« er udeladt.

### Resultater

At information om, hvordan næste fødsel bør gribes an, er blevet givet er dokumenteret hos 44 ud af 108 altså hos 41% (Tabel 1). Denne information forekommer hyppigst i dystokia-gruppen (66%) og kun hos 24% med underkropsstilling som indikation, forskellen er signifikant ( $p < 0,05$ ). Af tabellen fremgår det ligeledes, at blandt de informerede er gruppen, der har fået kejsersnit pga. underkropsstilling, udelukkende blevet rådet til vaginal prøvofødsel, mens 71% af dystokia-gruppen er blevet tilrådet elektivt sectio næste gang.

Blandt de i alt 108 kvinder fik 67 (62%) deres andet barn inden for observationsperioden (Tabel 2). I gruppen med underkropsstilling ved første sectio fik 76% andet barn inden 3-6 år, mod henholdsvis 63% i dystokia-gruppen og 54% i asphyxia-gruppen. Den gennemsnitlige observationstid i

Tabel 1. Andelen af informerede om næste fødsel fordelt ud fra den primære sectioindikation.

Indikation for det primære sectio	Antal (n)	Har fået information <sup>a</sup>		Rådet til:	
		n	(%)	elektivt sectio	vaginal prøvofødsel
Underkropsstilling . . . . .	37	9	(24)	0	9
Dystokia . . . . .	32	21	(66)	15	6
Asphyxia . . . . .	35	13	(37)	4	9
Andet . . . . .	4	1	(25)	1	0
Total	108	44	(41)	20	24

a)  $\chi^2$ -test:  $p < 0,05$  ( $\chi^2 = 7,37$ ,  $f = 2$ ).

Tabel 2. Den procentvise fordeling af kvinder, der har fået andet barn, og antallet af gentaget sectio fordelt ud fra indikationen for det primære sectio.

Indikation for det primære sectio	Antal (n)	Får andet barn <sup>a</sup>		Gentaget sectio <sup>b</sup>	
		n	(%)	n	(%)
Underkropsstilling . . . . .	37	28	(76)	4	(14)
Dystokia . . . . .	32	20	(63)	16	(80)
Asphyxia . . . . .	35	19	(54)	9	(47)
Andet . . . . .	4	-	-	-	-
Total	108	67	(62)	29	(43)

a)  $\chi^2$ -test:  $p > 0,3$  ( $\chi^2 = 1,51$ ,  $f = 2$ ).

b)  $\chi^2$ -test:  $p < 0,01$  ( $\chi^2 = 11,69$ ,  $f = 2$ ).

grupperne er sammenlignelig, henholdsvis 38 måneder, 36 måneder og 34 måneder. Der var ikke forskel i hyppigheden ( $p > 0,3$ ).

Frekvensen for gentaget kejsersnit for hele gruppen ( $n = 108$ ) var 43% (Tabel 2). Risikoen for gentaget sectio varierede med indikationen for første sectio: ved underkropsstilling var hyppigheden 14%, ved asphyxia 47% og ved dystokia 80%, hvilket er en signifikant forskel ( $p < 0,01$ ).

### Diskussion

Kun 41% fik rådgivning vedrørende en eventuel næste fødsel efter et kejsersnit. Ikke alle har fået rådgivning i forbindelse med det netop overståede sectio, men først i næste graviditet og ofte først tæt på den forestående fødsel. De bedst informerede var dystokia-gruppen, måske fordi der her eksisterer en meget »håndgribelig« parameter, nemlig det indvendige bækkenmål (conjungata verae), at blive vejledt af (10).

Ser man på, hvem der inden for observationstiden får barn nummer to, bemærkes en (ikke signifikant) forskel mellem underkropsstillings-gruppen og dystokia/asphyxia-gruppen, hvor der oftest er et påvirket eller truet barn. I gruppen med underkropsstilling fik 76% barn nummer to mod kun 58% hos dystokia/asphyxia-gruppen. Dette forhold kan enten skyldes en tilgrundliggende ringere fertilitet, enten primært eller postoperativt, eller det kan skyldes, at det kan være en traumatisk oplevelse at gennemgå et akut kejsersnit, så angsten for et nyt kejsersnit gør, at der afstås fra flere graviditeter. Jolly (2) undersøgte netop denne tese i 1999. Han fandt, at kvinder, der var blevet forløst ved sectio,

var mere angst for endnu en fødsel end kvinder, der havde haft en normal vaginal fødsel. Han beskrev ligeledes, at kvinder, der havde fået foretaget primært sectio, hyppigere ikke fik flere børn inden for en femårsperiode, end kvinder, der havde født vaginalt. *Jolly* konkluderede, at frygten for fremtidige fødsler blandt andet ville kunne mindskes ved information og støtte.

Andre studier viser, at kvinder, der har fået foretaget primært sectio, efterfølgende får færre børn end kvinder, der har født vaginalt. *Hemminki* (11) påpeger, at årsagerne hertil er en kombination af forringet fertilitet og et mindre ønske om flere fødsler og dermed flere børn. Vi fandt en forskel i den fremtidige fekunditet, som var afhængig af den operative indikation for første sectio. Dette antyder, at det ikke kun er eventuel nedsat postoperativ fertilitet, der medfører, at kvinderne efterfølgende får færre børn.

Det bemærkes, at hos kvinder, hvor den primære sectio-indikation var underkropsstilling, er der 14,3% risiko for at blive forløst ved kejsersnit ved anden fødsel, altså en hyppighed, der ligger tæt på landsgennemsnittet for sectio. Når indikationen for det første sectio er dystokia, er risikoen for at få foretaget sectio igen meget høj (12). Ifølge denne opgørelse får knap halvdelen (47%) foreslået elektivt sectio ved fremtidige fødsler, men 80% får faktisk foretaget kejsersnit næste gang.

Det er vigtigt, at kvinder, der har født ved primært sectio, ikke fravælger at få flere børn på grund af angst for fødslen, og det kan den rette information være med til at sikre. Alle, der har gennemgået et kejsersnit, bør få en kvalificeret vurdering af, hvordan en eventuel næste fødsel kan foregå. Denne rådgivning bør fremgå af patientens journal. Tillige bør det tilstræbes, at rådgivningen finder sted umiddelbart efter kejsersnittet. Grundlaget for rådgivningen kan tage afsæt i den her fundne gentagelseshyppighed i de anførte »indikationsgrupper«, men bør baseres på såvel lokale som landsdækkende materialer.

### Summary

#### Isa Niemann & Søren Voigt: Primary caesarean section – impact on future pregnancy?

Ugeskr Læger 2003;165:1130-2.

**Introduction:** The aim of this study was to examine how often information about the best way of giving birth after a primary caesarean section was given and to describe the frequency of repeated caesarean section.

**Material and methods:** Notifications of 108 women with primary caesarean section in the three-year period 1994-1996.

**Results:** Documentated information was given to 41%. A total of 43% had a repeated caesarean section, most frequently seen in the dystocia group (80%) as compared to the breech group (15%), which shows a significant difference,  $p < 0.01$ .

**Conclusion:** This study shows that less than half of the women had been informed about future delivery following a primary caesarean section. The rate of repeated caesarean sections varies with the indication of the primary caesarean.

Improved information is suggested in order to avoid that women desist from further pregnancies because of uncertainty.

Reprints: *Isa Niemann*, Bragesvej 38, DK-8230 Åbyhøj.

Antaget den 13. januar 2003.

Haderslev Sygehus, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling.

### Litteratur

1. Craigen EB. Conservatism in obstetrics. *NY Med J* 1916;104:1.
2. Jolly J, Walker J, Bhabra K. Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery. *Br J Obstet gynaecol* 1999;106:227-32.
3. Kristensen MØ, Hedegaard M, Secher NJ. Can the use of cesarean section be regulated? *Acta obstet Gynecol Scand* 1998;77:951-60.
4. Paterson CM, Saunders NJ. Mode of delivery after one caesarean section: audit of current practice in a health region. *BMJ* 1991;303:818-21.
5. Turner M. Delivery after one previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:741-4.
6. Coltart TM, Davies JA, Katesmark M. Outcome of a second pregnancy after one previous elective caesarean section. *Br J Obstet gynaecol* 1990;97:1140-3.
7. Weinstein D, Benshushan A, Tanos V et al. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:192-8.
8. Flamm BL, Lim OW, Jones C et al. Vaginal birth after cesarean section: results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:1079-84.
9. Sperling LS, Secher NJ. Variationer i hyppigheden af kejsersnit i Danmark. *Ugeskr Læger* 1990;152:3152-5.
10. Deurell M, Worm M. Er CV-målingen relevant for udsagnet »forbud mod vaginal fødsel«? *Ugeskr Læger* 2001;163:5832-5.
11. Hemminki E. Impact of caesarean section on future pregnancy – a review of cohort studies. *Paediat Perinat Epidemiol* 1996;10:366-79.
12. Duff P, Southmayd K, Read J. Outcome of trial of labour in patients with a single previous low transverse caesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol* 1988;71:380-4.