

Igangsætning af fødsel: hvem, hvorledes, hvor?

LEDER

Morten Hedegaard &
Niels Uldbjerg

I dette nummer af Ugeskrift for Læger offentliggøres en kasuistik fra Norge [1], hvor der beskrives et igangsat fødselsforløb, som desværre resulterede i et barn med svære følger efter asfyksi. Forfatterne stiller tre vigtige og helt aktuelle spørgsmål: Skal indikationerne for igangsætning af fødsel revideres? Skal der anvendes misoprostol eller et andet præparat? Skal igangsætning foregå i ambulant regi eller under indlæggelse?

I Danmark er andelen af igangsatte fødsler stigende og udgør nu næsten 25% af alle fødsler, svarende til ca. 15.000 årligt. Det skyldes bl.a., at man i 2011 på nationalt plan vurderede, at gravide bør tilbydes igangsætning mhp. fødsel inden graviditetsuge 42 + 0 [2]. Forventningen var, at denne politik ville reducere antallet af kejsersnit og redde et fosters liv for hver 500-1.000 igangsætninger. Dette skøn var baseret på viden om risikoen for intrauterin fosterdød, før kvinden går i fødsel, samt på en antagelse af at risikoen for fosterdød under fødslen er den samme for igangsatte og spontane fødsler. Det videnskabelige grundlag for den sidste antagelse kan man, bl.a. på baggrund af ovennævnte kasuistik og på baggrund af indberetninger til Lægemiddelstyrelsen, diskutere.

Det er forventeligt, at den stigende anvendelse af igangsætning af fødsel medfører en stigning i det absolute antal alvorlige komplikationer hos denne patientgruppe. Lokale og nationale retningslinjer kan således ikke besluttes ud fra enkeltstående tilfælde eller fra optællinger af komplicerede forløb, uanset hvor alvorlige de enkelte tilfælde måtte være. Valg af indikationer for igangsætning af fødsel og valget af metode må således bero på en vurdering af risikoen for bivirkninger sammenholdt med risikoen ved ikke at handle.

Lægemiddelstyrelsen har siden december 2003 indsamlet oplysninger om bivirkninger ved brugen af misoprostol i forbindelse med igangsætning af fødsler. Der er indrapporteret 16 tilfælde af bivirkninger med i alt 48 beskrevne reaktioner. De inkluderede tre tilfælde med intrauterin fosterdød, et med neonatal asfyksi og fem med uterusruptur. Disse tal skal naturligvis vægtes imod antallet af kvinder, der har fået behandlingen, skønsmæssigt ca. 100.000.

Sundhedsstyrelsen valgte i 2004 at give en særlig henstilling til fødestederne om at indberette bivirkninger af brugen af misoprostol ved igangsætning af fødsler [3]. Man kan på denne baggrund formode, at indrapporteringen af netop disse bivirkninger er høj, men dog næppe komplet. Det er dog vores skøn, at risikoen for alvorlige bivirkninger samlet set er lav.

I Danmark har der gennem en længere årrække været tradition for at igangsætte fødsler i ambulant regi. I en række andre lande foregår igangsættelse under indlæggelse. I de få randomiserede undersøgelser, der foreligger [4], har man ikke fundet afgørende forskelle i udkommet mellem ambulant og hospitaliseret igangsætning af fødsel. Til gengæld konkluderede man i et systematisk review baseret på 28 studier og mere end 2.500 patienter [5], at igangsættelse af fødsel i ambulant regi er muligt (*feasible*), og at der sjældent forekommer alvorlige bivirkninger. Forudsætningen for en sådan konklusion er naturligvis, at man på fødestederne er omhyggelige med kun at tilbyde ambulant igangsætning til gravide, hos hvem der ikke foreligger særlig risiko for akut komplikation (præeklampsi, væksthæmmet foster, rigelig tegnblødning m.m.), eller hvor der er stor afstand mellem hjem og fødested. Samtidig er det vigtigt, at de gravide kommer til undersøgelse på fødeafdelingerne, når fødslen begynder. Man må i organisationen også være opmærksom på den menneskelige faktor, nemlig at risikoen for, at personalet overser sådanne risikofaktorer, stiger betydeligt, hvis det er presset pga. resursemangel eller akut travlhed. Tages der skyldigt hensyn til principperne, som løbende diskuteres i faglige sammenhænge, er vores konklusion på baggrund af ovenstående uændret, at de eksisterende landsdækkende retningslinjer for igangsætning af fødsler er hensigtsmæssige mht. indikationer og metoder.

LITTERATUR

1. Hill SA, Aasheim ET. Hjerneskode hos barn efter ambulant igangsættelse af fødsel. Ugeskr Læger 2013;175:1784-5.
2. www.dsog.dk/files/Graviditas%20prolongata2011_endelig.pdf (20. maj 2013).
3. www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Graviditet/Anbefalinger%20for%20svangreomsorg/igang_foedsler_cytotec.ashx (20. maj 2013).
4. Kelly AJ, Alfirevic Z, Dowswell T. Outpatient versus inpatient induction of labour for improving birth outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009;2:CD007372.
5. Dowswell T, Kelly AJ, Livio S et al. Different methods for the induction of labour in outpatient settings. Cochrane Database Syst Rev 2010;8:CD007701.

KORRESPONDANCE:

Morten Hedegaard,
Obstetrisk Klinik,
Rigshospitalet,
Blegdamsvej 9,
2100 København Ø.
E-mail: morten.hedegaard@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk