

Kejsersnit på moderens ønske

Mange har en skarp mening om, hvorvidt man bør acceptere kejsersnit på *maternal request*. Vi har derfor telefonisk spurgt alle fødesteder i Danmark om, hvordan de forholder sig, når en førstegangsgavid ønsker planlagt kejsersnit, selvom graviditeten er fuldstændig normal både med hensyn til den gravide og med hensyn til fosteret. Svarene viser, at ca. 16% af alle gravide er tilknyttet et fødested, der ikke accepterer kejsersnit i denne situation. Disse gravide må således acceptere vaginal fødsel eller benytte sig af det frie sygehusvalg. De øvrige 84% er tilknyttet fødesteder, der accepterer kejsersnit på *maternal request*. Dog har man de fleste steder et team af læger og jordemødre med speciel interesse for denne problemstilling, og de forsøger at støtte gravide, hos hvem der ikke er nogen medicinsk indikation for kejsersnit, i at vælge vaginal fødsel. Hvis kvinden trods denne støtte fortsat ønsker planlagt kejsersnit, accepterer en del obstetrikere det modvilligt, primært fordi de føler sig presset hertil af patienterne. De øvrige har den holdning, at kejsersnit bør tilbydes i almindelig respekt for kvindens autonomi således som anbefalet i en leder fra 2009 i Ugeskrift for Læger [1]. Et argument er, at en del af disse *maternal request*-kvinder, som udgør 2-3% af de gravide, bærer rundt på traumatiske oplevelser, som de ikke får verbaliseret under samtaler med jordemødre og obstetrikere. I lederen blev det desuden påpeget, at risikoen for mor og barn næppe er større ved kejsersnit end ved vaginal fødsel, hverken på kort eller lang sigt.

Siden er der blandt andet kommet flere publikationer, hvor risikoen for materielle sequelae efter kejsersnit, herunder risiko for kroniske smerter, subfertilitet og ileus som følge af adhærencer, belyses [2]. Et eksempel på sådanne langtidskomplikationer er beskrevet i dette nummer af Ugeskrift for Læger i en kasuistik, hvor en kvinde uden andre risikofaktorer end to tidlige kejsersnit havde dobbeltsidig tubargraviditet [3]. Hertil kommer, at ca. 6% har daglige smerter et år efter et kejsersnit, og hos næsten halvdelen vil der dannes adhærencer efter et enkelt kejsersnit. Forekomsten af disse risici svarer imidlertid stort set til dem, som i 2009 blev lagt til grund for anbefalingen i lederen.

Diskussionen for og imod kejsersnit på *maternal request* har i år også været præget af en WHO-rapport, hvori det blev konkluderet: 1) at kejsersnit ideelt set kun bør udføres på medicinsk indikation, 2) at kejsersnitsrater over 10% ikke reducerer hverken materiel eller neonatal mortalitet, 3) at det er uafklaret, hvorledes kejsersnitraten påvirker neonatal og materiel morbiditet, og 4) at man bør tilbyde kejsersnit til de kvinder, der har brug for det, i stedet for at stræbe efter en

bestemt rate [4]. Det vil være en fejl at anvende denne rapport som argument imod kejsersnit på materiel request, bl.a. fordi der ikke beskrives, hvad der menes med begrebet *ideelt set*. Den kan næppe heller anvendes som argument imod den danske kejsersnitsfrekvens på over 20%, da det i rapporten understreges, at vi ikke kender påvirkningen af morbiditet og velbefindende.

Vi konkluderer, at der ikke er kommet ny evidens, der med væsentlig vægt taler hverken for eller imod at efterkomme en gravid kvindes ønske om kejsersnit uden medicinsk indikation. Vi henviser derfor obstetrikere til fortsat at vægte hensynet til kvindernes autonomi i forhold til deres faglige (bedre)viden [5]. Det vigtigste er dog, at vi sikrer både obstetrikere og jordemødre god tid at hjælpe disse gravide med at foretage det rigtige valg. Ellers risikerer vi, at mange vil tage en uovervejede beslutning, når den naturlige bekymring for fødslen melder sig.

LITTERATUR

1. Uldbjerg N, Hvidman L. Sectio på materiel request. Ugeskr Læger 2009;171:495.
2. Aabakke AJ, Krebs L, Lykke JA. Kejsersnit kan have konsekvenser på lang sigt for både mor og barn. Ugeskr Læger 2015;177:V12130729.
3. Petersen J, Ekelund C, Settnes A. Spontan bilateral ekstrauterin graviditet efter kejsersnit. Ugeskr Læger 2015;177:V12140675.
4. www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/cs-statement/en/ (21. apr 2015).
5. Chervenak FA, McCullough LB. The professional responsibility model of obstetric ethics and caesarean delivery. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2013;27:153-64.

LEDER

Niels Uldbjerg &
Julie Glavind

Ugeskr Læger
2015;177:V67465

KORRESPONDANCE:

Niels Uldbjerg,
Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler,
Aarhus Universitetshospital,
Palle Juul-Jensens
Boulevard 99,
8200 Aarhus N.
E-mail:
uldbjerg@clin.au.dk

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