

# Kan vi, hvad vi vil – behandling af ekstremt tidligt fødte

## LEDER

Gorm Greisen

Ugeskr Læger  
2016;178:V68026

### WEB-TV

UGESKRIFTET.DK/  
SE OG LYT



I Danish Medical Journal er der publiceret en artikel med den opmuntrende titel »Improvement in perinatal care for extremely preterm infants in Denmark from 1994 to 2011« [1] (dette nummer af Ugeskrift for Læger side 442). Andelen af børn, som fik alle de tre interventioner, der blev anvendt som indikatorer for evidensbaseret behandling, steg fra 14% til 46%. Men at kun 46% af ekstremt tidligt fødte børn i 2011 fik alle de tre interventioner kan også tyde på, at der fortsat er tale om et vist fravalg af mulig behandling.

I Danmark har vi haft en lang tradition for en konservativ, minimalt invasiv behandling af for tidligt fødte børn [2]. Der er ingen tvivl om, at det er en fordel for de fleste ekstremt tidligt fødte børn, som derved undgår risikoen for at få iatrogene skader. Spørgsmålet er, i hvor høj grad der er tale om fravalg – implicit eller eksplicit.

I artiklen rapporteres om en tendens til, at chancen for overlevelse steg over årene, om end det knap var statistisk signifikant. Chansen for overlevelse efter en tidlig fødsel er generelt blevet bedre. For børn med gestationsalderen 32-36 uger ved fødslen er den nu over 99%, og for børn født med en gestationsalder på 28 uger er den over 90%. Børn født med en gestationsalder lavere end 28 uger, dvs. ekstremt tidligt fødte børn, får også langsomt bedre chancer: i en rapport fra Neonatal Research Network, som omfatter 26 universitetscentre i USA, blev det påvist, at deres overlevelse steg fra 66% i årene 1993-1997 til 71% i årene 2008-2012 [3]. Disse tal er højere end de danske, men det kan skyldes, at der kun er tale om børn, som blev født på de 26 centre, mens de danske tal er regionale og omfatter alle levendefødte børn født før 28-ugers gestationsalder på Fyn, Sjælland, Lolland og Falster, selvom behandlingen også er stærkt centraliseret i Danmark.

I Danmark er det sjældent, at børn, der bliver født med gestationsalderen 22 og 23 uger, overlever. I Sverige var chancen for overlevelse for disse børn i årene 2004-2007 henholdsvis 10% og 50% [4]. Ved så tidlig fødsel er det i Danmark ualmindeligt at give kortikosteroid til moderen mhp. lungemodning, at overflytte hende i truende tidlig fødsel til et højt specialiseret hospital eller efter fødslen at flytte barnet fra fødestuen til neonatalafdelingen. Kejsersnit på føtal indikation bruges ikke.

Grænsen mellem abort og dødfødsel er 22 gestationsuger, dvs. at et barn, som fødes dødt med gestationsalderen 22 uger og 0 dage, registreres som et

dødfødt barn, mens et »barn«, som fødes dødt med gestationsalderen 21 uger og seks dage, registreres som et aborteret foster. Jeg skriver »barn«, fordi alle forældre venter et barn, og de fleste forældre har allerede set det på en ultralydskanning. Hvis barnet viser mindst ét tegn på liv ved fødslen, bliver det registreret som et levendefødt barn uanset gestationsalder. I 2012 var der 25 sådanne børn. Alle disse børn blev registreret som værende døde i løbet af den første leveuge, og det er ikke sandsynligt, at de blev flyttet fra fødestuen. De ovenstående rapporter dækker ikke børn med en gestationsalder under 22 uger.

Valg og fravalg af livsbevarende behandling af kritisk syge patienter skal altid bero på et omhyggeligt og samvittighedsfuldt lægeligt skøn og en grundig samtale med patient og/eller pårørende. Hvad er chancen for overlevelse, og hvad er chancen for et godt liv – på kort og på længere sigt? Det levendefødte barn er en patient og et menneske som alle andre, og det er principielt de samme overvejelser, der indgår i overvejelserne. For ekstremt tidligt fødte børn ligger der potentielt et langt liv forude, og for forældrene er der drømmen om et barn og håbet om, at det kan gå godt. På den anden side er behandlingen langvarig, og risikoen for hjerne-skade med alvorlige senfølger er ca. 25%, så der kan være høje omkostninger for barn, familie og samfund.

Så: I hvor høj grad afspejler overlevelsen af ekstremt tidligt fødte børn, hvad vi kan, og i hvor høj grad afspejler den, hvad vi vil? Det har været foreslået at kategorisere dødsfald hos nyfødte børn efter om det sker på fødestuen eller på neonatalafdelingen, og om det sker under igangværende genoplivning, efter undladt genoplivning eller efter ekstubation fra respiratorbehandling i en klinisk ustabil eller i en klinisk stabil tilstand [5]. Hvis vi havde haft disse data, kunne vi bedre have svaret på spørgsmålet.

### LITTERATUR

- Hasselager AB, Børch K, Pryds OA. Improvement in perinatal care for extremely preterm infants in Denmark from 1994 to 2011. *Dan Med J* 2016;63(1):A5182.
- Stoll B, Hansen MI, Bell EF et al. Trends in care practices, morbidity, and mortality of extremely preterm neonates, 1993-2012. *JAMA* 2015;314:1039-51.
- Greisen G. Managing birth at the limit of viability. *Sem Fetal Neonatal Med* 2004;9:453-7.
- The EXPRESS group. One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden. *JAMA* 2009;301:2225-33.
- Verhagen AA, Janvier A, Leuthner SR et al. Categorizing neonatal deaths: a cross-cultural study in the United States, Canada, and The Netherlands. *J Pediatr* 2010;156:33-7.

### KORRESPONDANCE:

Gorm Greisen,  
Neonataalkliniken,  
Rigshospitalet.  
E-mail: greisen@rh.dk

### INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk