

Epiduralanalgesi er i dag den mest effektive metode for lindring av virkelig plagsomme, langvarige fødselssmerter og et godt alternativ ved operative forløsninger og vaginal forløsning av seteleie.

Siden innføringen av epiduralblokkade her i landet i midten av 1970-årene har ca. 100 000 fødende fått slik bedøvelse. I tillegg er det utført ca. 30 000 keisersnitt i epiduralanalgesi. I løpet av denne tiden er metoden endret og forbedret både når det gjelder utstyr, teknikk, medikamentkombinasjoner og dosering, slik at det nå anvendes flere ulike varianter. Egne erfaringer med nesten tusen fødepiduraler og det faktum at det i Norge kun er beskrevet et fåtall alvorlige komplikasjoner, tyder på at metoden i hovedsak er sikker, hvilket også er i samsvar med internasjonal dokumentasjon (1–3). Prospektive randomiserte undersøkelser viser imidlertid at epiduralanalgesi har ulemper som det er viktig å være klar over, og som jordmødre og obstetrikere plikter å informere de fødende om. Særlig gjelder dette siden fødende i økende grad krever frihet til å velge både analgesitilbud og forløsningsmetode.

Ulempene er i hovedsak knyttet til økt risiko for forlenget fødselsvarighet, maternell feber og mulig risiko for hodepine og ryggsmarter etter fødselen (4). Så sent som i 1992 ble det hevdet at dokumentasjonen vedrørende epiduralbedøvelse ved fødsel var så omfattende at det ikke lenger var praktisk mulig eller etisk forsvarlig å gjennomføre prospektive randomiserte studier (5). Likevel er det etter den tid publisert flere slike undersøkelser i den hensikt å klargjøre epiduralbedøvelsens virkning på fødselsforløp og mulige maternelle ettervirkninger (3, 6–8).

Et problem har vært at en forholdsvis stor andel kvinner randomisert til ikke å få epiduralanalgesi, likevel får slik bedøvelse i løpet av fødselen fordi det ikke finnes annet alternativ når behov for effektiv analgesi oppstår. En annen vanskelighet i resultatvurderingen er at metode og teknikk som nevnt har endret seg over år, slik at undersøkelser basert på «gammeldags» metode ikke nødvendigvis har full gyldighet i dagens situasjon. En vesentlig erkjennelse er likevel at bedøvelsen forlenger fødselens varighet og øker behovet for oksytocinstimulering (3, 4). Flere undersøkelser har dessuten vist at risikoen for instrumentell forløsning også øker, mens det ikke er entydig at epiduralbedøvelse medfører hyppigere bruk av keisersnitt (9). Risikoen for keisersnitt synes derimot i stor grad å være relatert til ledelse av

fødsel, tidspunkt for amniotomi og bruk av oksytocinstimulering (10).

Epiduralbedøvelse øker risikoen for maternell feber ( $> 38^{\circ}\text{C}$ ), uten at årsakssammenhengen er kjent (3, 4, 11). En forklaring kan være at den regionale autonome blokkade påvirker kroppens temperaturregulering. Det kan også tenkes at et forlenget fødselsforløp øker risikoen for oppadstigende infeksjon og amnionitt. Et tema som har vært gjenstand for særlig stor oppmerksomhet og debatt, er om epiduralbedøvelse kan forårsake hodepine, ryggsmarter eller nevrologiske utfall etter fødsel. Problemstillingen er grundig belyst i Vegard Dahls artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (2). Hodepine og ryggsmarter er vanlige plager generelt i befolkningen, men blir av flere årsaker enda vanligere i forbindelse med fødsel (12). Det er derfor vanskelig å påvise kausal sammenheng. De seneste randomiserte undersøkelser taler imidlertid for at en slik sammenheng ikke foreligger, med unntak av helt sjeldne komplikasjoner som direkte stikk-skade eller epiduralindusert lokalinfeksjon (3, 7).

Når det oppstår plager som kan settes i forbindelse med selve bedøvelsen, er det en ubehagelig situasjon både for pasient og for anestesilege. Det er da viktig at kvinnen raskt vurderes og eventuelt undersøkes, først og fremst for å utelukke lokal blødning eller abscess, fordi dette er komplikasjoner som krever rask kirurgisk behandling.

Det er sannsynlig at dagens epiduralmetoder både er bedre, mer effektive og skånsomme enn de opprinnelige. Men kunnskap og sannheter om epiduralbedøvelse bygger delvis på gårsdagens teknikker. Det er derfor et kontinuerlig behov for prospektive, helst randomiserte, undersøkelser. Vi er avhengige av den innsikt som utenlandske undersøkelser gir, men med vår vel organiserte fødselsomsorg burde det være mulig å lage fornuftige protokoller for å høste ny klinisk viten.

Jan Martin Maltau

jan.maltau@rito.no

Kvinneklinikken

Regionsykehuset i Tromsø

9038 Tromsø

Jan Martin Maltau (f. 1938) er professor ved Universitetet i Tromsø og avdelingsleder ved Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Tromsø.

## Litteratur

1. Breivik H. Komplikasjoner under og etter operasjoner og fødsler utført i spinal- eller epiduralbedøvelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1708–16.
2. Dahl V. Skyldes nevrologiske komplikasjoner etter fødselen epiduralanalgesi? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1587–90.
3. Thorp JA. Epidural analgesia during labour. I: Pitkin RM. Controversies in obstetrics. Clin Obstet Gynecol 1999; 42: 785–801.
4. Howell C. Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour. Cochrane Database of Systemic Reviews 2001; Issue 1.
5. Reynolds F, Dewan D, Morgan B. Ethics and clinical research in obstetric anaesthesia. Lancet 1992; 339: 1234–5.
6. Loughnan BA, Carli F, Rommey M, Dore C, Gordon H. Randomized controlled comparison of epidural bupivacaine versus pethidine for analgesia in labour. Br J Anaesth 2000; 84: 715–9.
7. Howell CJ, Kidd C, Roberts W, Upton P, Lucking L, Jones PW et al. A randomised controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour. Br J Obstet Gynaecol 2001; 108: 27–33.
8. Halpern SH, Leighton BL, Ohlsson A, Barret JFR, Rice A. Effect of epidural vs parenteral opioid analgesia on the progress of labour: a meta-analysis. JAMA 1998; 280: 2105–10.
9. Yancey MK, Pierce B, Schweitzer D, Daniels D. Observations on labour epidural analgesia and operative delivery rates. Am J Obstet Gynecol 1999; 180: 353–9.
10. Impey L, MacQuillan K, Robson M. Epidural analgesia need not increase operative delivery rates. Am J Obstet Gynecol 2000; 182: 358–63.
11. Philip J, Alexander JM, Sharma SK, Leveno KJ, McIntire DD, Wiley J. Epidural analgesia during labour and maternal fever. Anesthesiology 1999; 90: 1250–2.
12. Russel R, Reynolds F. Back pain, pregnancy, and childbirth. BMJ 1997; 314: 1062–3.