

Røyking er assosiert med økt risiko for ektrauterine svangerskap

I den vestlige verden har forekomsten av ektrauterine svangerskap økt de siste tiår. Det er hvert år omtrent 1 500 kvinner som innlegges i norske sykehus på grunn av denne potensielt livstruende tilstanden. Flere studier har vist at røyking er en av risikofaktorene for ektrauterine svangerskap. Vi ønsket å undersøke om det kunne påvises noen slik sammenheng i et stort norsk materiale.

Vi analyserte data fra en populasjonsbasert tverrsnittsstudie blant 9 237 norske kvinner i alderen 35–49 år. Svarprosenten var 61,6.

To av tre kvinner var røykere eller tidligere røykere. 301 (3,3 %) kvinner hadde hatt ektrauterint svangerskap. Den relative risikoen for ektrauterint svangerskap var 1,5 (95 % konfidensintervall 1,1–1,9) hos røykere sammenliknet med ikke-røykere.

Våre resultater bekrefter funn fra andre studier. Kartlegging av risikofaktorer er viktig for å kunne forebygge ektrauterint svangerskap. Røyking er en risikofaktor for ektrauterine svangerskap som kan reduseres gjennom målrettet veiledning ved konsultasjon blant kvinner i fertil alder.

Forekomsten av ektrauterine svangerskap har økt i den vestlige verden de siste 20–30 år (1). I USA var insidensen av svangerskap utenfor livmoren 19,7 per 1 000 rapporterte graviditeter i 1992, en tredobling i forhold til insidensen i 1970 (2). Antall kvinner som legges inn i norske sykehus på grunn av svangerskap utenfor livmoren er anslått til å være 1 200–1 500 per år (3). Noen fylkesvise beregninger viser at insidensen sannsynligvis har økt også i Norge (3). En studie fra Hordaland fylke viser at insidensen av ektrauterine svangerskap per 1 000 rapporterte graviditeter økte fra 11,2 i perioden 1976–81 til 18,0 i perioden 1988–93 (4). Tilsvarende økninger er sett ved flere sykehus i Norge, og økningen er blitt karakterisert som epidemisk (1, 5–7).

Konsekvensene kan være alvorlige for den enkelte kvinne som opplever et ektrauterint svangerskap. Tilstanden kan medføre store blødninger, og er en sjelden gang årsak

Lena Aronsen
Maja-Lisa Løchen
maja.lisa.lochen@ism.uit.no
Eiliv Lund
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

Aronsen L, Løchen M-L, Lund E.

Smoking is associated with increased risk of ectopic pregnancy – a population based study.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 415–8.

Background. There has been a world-wide increase in the incidence of ectopic pregnancies over the last decades. In Norway about 1,500 women are hospitalized every year because of this potentially lethal condition. Several studies have shown that smoking is one of several risk factors for ectopic pregnancies. We wanted to examine whether such an association could be established in a large Norwegian material.

Material and methods. We analysed data from a cross-sectional questionnaire-based study of 9,237 Norwegian women aged 35–49 years. 61.6 % responded.

Results. 67.4 % of the women were present or previous smokers. 301 (3.3 %) had experienced an ectopic pregnancy. We found that smokers had a relative risk of 1.5 (95 % CI 1.1–1.9) for ectopic pregnancy compared to non-smokers.

Interpretation. Our results support other studies. Identification of risk factors is important in the prevention of ectopic pregnancies. Smoking is a risk factor for ectopic pregnancy that can be reduced through counselling.

Basert på Lena Aronsens hovedoppgave ved medisinstudiet, Universitetet i Tromsø, 1999

til dødsfall i første trimester (8). I Norge var det i perioden 1986–95 tre dødsfall på grunn av ektrauterine svangerskap (9). 20–40 % av de kvinnene som rammes blir infertile (8). Hvis man først har hatt ett ektrauterint svangerskap, har man 10–20 % økt risiko for gjentakelse (8).

Alle faktorer som påvirker passasjen av befruktete egg gjennom tubene kan øke risikoen for ektrauterine svangerskap, deriblant underlivsinfeksjoner, seksuelt overførte sykdommer og tidligere kirurgiske inngrep på tubene. Økningen i forekomsten av underlivsinfeksjoner på grunn av Chlamydia trachomatis er antakelig en vesentlig årsak til økningen i insidens av ektrauterine svangerskap (10). Andre etablerte risikofaktorer er spiralbruk, høy alder, lav paritet, tidligere infertilitet og tidligere ektopiske svangerskap (3, 11, 12).

De senere år er det blitt utført en rekke studier av sammenhengen mellom røyking og ektrauterine svangerskap. Resultatene varierer fra ingen påvisbar sammenheng til en relativ risiko på 1,4–4,0 (2). I tre av sju studier der man har undersøkt antall sigaretter røykt før eller under svangerskapet, fant man en dose-respons-sammenheng (2, 13, 14). Vi kjenner ikke til tidligere norske studier av sammenhengen mellom røyking og ektrauterine svangerskap (15).

In vitro-studier på dyr har vist at røyking fører til nedsatt immunitet, lavere østrogennivå, forsinket egglosning og hemmet funksjon i eggledernes flimmerhår, slik at eggtransporten hindres (15–17).

Andelen dagligrøykende norske kvinner har vært relativt stabil på 30–36 % siden 1973. I 2000 var andelen dagligrøykende kvinner i Norge totalt 32 % (18). Blant fertile kvinner varierte andelen røykere fra 32 % i aldersgruppen 16–24 år til 38 % i alderen 35–44 år.

Hensikten med denne studien var å undersøke om det kunne påvises noen sammenheng mellom røyking og risiko for ektrauterine svangerskap hos norske kvinner som deltok i en stor spørreskjemaundersøkelse.

Materiale og metode

Vi benyttet data fra den populasjonsbaserte undersøkelsen Kvinner og kreft, som ble utført blant norske kvinner i perioden 1991–97 (19, 20). Kvinner og kreft er en prospektiv studie primært av sammenhengen mellom bruk av p-piller og brystkreft. Vi har benyttet informasjon om eksponering (røyking) og utfall (ektrauterint svangerskap) i en tverrsnittsanalyse.

Kvinnene ble tilfeldig utvalgt fra folkeregisteret. 15 000 spørreskjemaer ble sendt til kvinner i alderen 35–49 år i 1992, og 9 237 (61,6 %) svarte. Spørsmålene omhandlet blant annet svangerskapsforhold, prevensjonsbruk og røykevaner. De ble spurt om de hadde hatt svangerskap utenfor livmoren, og eventuelt hvor gamle de var første gangen. Spørsmålet om røykevaner var: «Har du noen gang røykt? Ja/Nei.» 88,2 % av kvinnene svarte på spørsmål om svangerskap utenfor livmoren, og 97,7 % av disse oppgav alder første gang. 99,7 % svarte på spørsmålet

Tabell 1 Reproduksjon, prevensjon og røykevaner i forhold til alder

	Alder (år)							
	35–39 n = 3 315		40–44 n = 2 976		45–49 n = 2 946		Totalt N = 9 237	
Gjennomsnittlig antall barn per kvinne	1,96	–	2,14	–	2,28	–	2,12	–
Gjennomsnittlig alder ved første fødsel	24,2	–	23,7	–	23,5	–	23,8	–
Antall ekstrauterine svangerskap (%)	130	(3,9)	105	(3,5)	66	(2,2)	301	(3,3)
Gjennomsnittlig alder ved første ekstrauterine svangerskap	28,4	–	29,7	–	28,4	–	28,8	–
Antall p-pillebrukere (%)	2 372	(71,6)	1 817	(61,9)	1 490	(50,6)	5 679	(61,5)
Gjennomsnittlig alder ved oppstart med p-piller	21,0	–	22,5	–	24,8	–	22,5	–
Antall brukere av spiral (%)	2 352	(71,0)	2 102	(70,6)	1 789	(60,7)	6 243	(67,6)
Gjennomsnittlig alder ved første spiral	24,1	–	26,5	–	29,5	–	26,5	–
Antall tidligere, av-og-til og nåværende røykere (%)	2 315	(69,8)	2 030	(68,2)	1 882	(63,9)	6 227	(67,4)

om de noen gang hadde røykt. På spørsmålene om prevensjonsbruk var svarprosentene 97,6–98,4. Alle som svarte bekreftende på spørsmålet om røyking, ble regnet som røykere.

Vi beregnet relativ risiko med 95 % konfidensintervall for ekstrauterint svangerskap hos røykere sammenliknet med ikke-røykere. En stratifisert modell ble benyttet til å undersøke betydningen av spiralbruk og p-pillebruk for sammenhengen mellom røyking og ekstrauterine svangerskap. I de statistiske analysene har vi brukt statistikkprogrammene Epi Info og SAS (21, 22). Resultatene ble regnet som statistisk signifikante dersom p-verdien var mindre enn 0,05.

Resultater

Materialet består av 9 237 kvinner med gjennomsnittsalder 41,8 år. 67,4 % hadde noen gang vært røykere. 301 (3,3 %) av kvinnene hadde hatt ekstrauterine svangerskap.

Tabell 1 viser forhold vedrørende svangerskap, prevensjon og røyking fordelt på tre aldersgrupper. De eldste kvinnene hadde flere barn enn de yngste, gjennomsnittlig henholdsvis 2,28 og 1,96 barn. De yngste kvinnene var 0,7 år eldre ved første fødsel enn de eldste, og de yngste hadde hatt flere ekstrauterine svangerskap enn de eldste (3,9 % og 2,2 %). En større andel av de yngste kvinnene hadde brukt p-pille og spiral. Andelen røykere var høyest blant de yngste kvinnene, 69,8 %, mens det i de følgende aldersgruppene var henholdsvis 68,2 % og 63,9 % røykere.

Tabell 2 viser noen reproduksjons- og prevensjonsforhold i forhold til røykevaner. Røykerne var noe yngre enn ikke-røykerne ved første fødsel og ved første ekstrauterine svangerskap. Gjennomsnittlig antall barn var 2,08 for røykere og 2,21 for ikke-røykere. 3,6 % av røykerne rapporterte at de hadde hatt ekstrauterint svangerskap, mens 2,5 %

av ikke-røykere hadde hatt dette. Flere røykere enn ikke-røykere hadde brukt p-pille eller spiral, og røykerne var yngre da de begynte med prevensjon.

Tabell 3 viser en relativ frekvens (tilnærmet lik relativ risiko) for ekstrauterint svangerskap på 1,47 (95 % konfidensintervall 1,13–1,90) hos røykere i forhold til ikke-røykere. Dette gjelder både for totalmaterialet og for kvinner som har født. Hos barnløse var den tilsvarende relative frekvens 1,67 (95 % KI 0,76–3,68), men resultatet var ikke statistisk signifikant. Relativ frekvens for ekstrauterint svangerskap var omtrent den samme for kvinner som fikk sitt ekstrauterine svangerskap før de startet med spiral og hos kvinner som fikk sitt ekstrauterine svangerskap etter å ha brukt spiral. For p-piller fant vi den samme tendensen som for spiral (data ikke vist).

Diskusjon

Hovedfunnet i denne tverrsnittsstudien er en statistisk signifikant assosiasjon mellom røyking og ekstrauterint svangerskap. Røykere har 50 % høyere sannsynlighet for å få ekstrauterint svangerskap enn ikke-røykere. Resultatet vårt er i samsvar med andre studier (2, 11–14). Både ekstrauterint svangerskap og røyking er risikofaktorer for infertilitet. Det er derfor ikke overraskende at vi fant den sterkeste sammenhengen mellom røyking og ekstrauterine svangerskap hos barnløse, selv om denne relasjonen ikke var statistisk signifikant. Forskjellen i risiko for ekstrauterine svangerskap hos røykere og ikke-røykere er uavhengig av bruk av spiral og p-piller. Den tilskrivbare risikoen for ekstrauterint svangerskap hos røykerne er 32 %. Med andre ord ville om lag en tredel av de ekstrauterine svangerskap vært unngått dersom kvinnene ikke hadde vært røykere. For befolkningen som helhet er den tilskrivbare risiko 15 %. Det vil si at 15 % av de ekstrauterine graviditeter ikke ville ha forekommet dersom ingen kvinner hadde røykt.

Det er en styrke ved undersøkelsen at den er basert på et stort populasjonsbasert ut-

Tabell 2 Reproduksjon og prevensjon i forhold til røykevaner

	Røykere n = 6 227		Ikke-røykere n = 2 982		Totalt N = 9 209	
Antall kvinner som har født (%)	5 666	(91,0)	2 669	(89,5)	8 335	(90,5)
Gjennomsnittlig antall barn per kvinne	2,08	–	2,21	–	2,12	–
Gjennomsnittlig alder ved første fødsel	23,4	–	24,6	–	23,8	–
Antall barnløse kvinner (%)	561	(9,0)	313	(10,5)	874	(9,5)
Antall ekstrauterine svangerskap (%)	227	(3,6)	74	(2,5)	301	(3,3)
Antall ekstrauterine svangerskap hos barnløse (%)	24	(4,3)	8	(2,6)	32	(3,7)
Antall ekstrauterine svangerskap hos dem som har født (%)	203	(3,9)	66	(2,5)	269	(3,2)
Antall p-pillebrukere (%)	4 070	(65,4)	1 598	(53,6)	5 668	(61,7)
Gjennomsnittlig alder ved oppstart med p-piller	22,1	–	23,3	–	22,5	–
Antall brukere av spiral (%)	4 408	(70,8)	1 825	(61,2)	6 233	(67,8)
Gjennomsnittlig alder ved første spiral	26,1	–	27,3	–	26,5	–

valg. Vi kan dermed anta at vårt utvalg er representativt for den kvinnelige norske befolkning i samme alder og til samme tid.

Svarprosenten er 61,6, og det er en svakhet ved studien. En undersøkelse basert på det samme materialet har imidlertid vist at distribusjonen av risikofaktorer for brystkreft, deriblant røyking, ikke varierte når svarprosenten var 55–70 (19).

En svakhet med vår analyse kan være at vi ikke har kunnet ta hensyn til om eksponeringen, i dette tilfellet røykingen, virkelig skjedde på den tiden kvinnen ble gravid, altså ved konsepsjonen. I spørreskjemaet var det spørsmål om røykevaner i femårsperioder, i tillegg til det spørsmålet vi har presentert. Vi analyserte også materialet der røykestatus omfattet røyking siste femårsperiode før første graviditet. Dette endret ikke den relative risikoen for ektrauterint svangerskap hos røykere sammenliknet med ikke-røykere. Årsaken til dette er sannsynligvis at vi ikke hadde opplysninger om hvorvidt kvinnene røykte akkurat da de ble gravide.

Spørsmålet «Har du noen gang røykt?» som danner grunnlag for våre analyser, er noe upresist formulert. Kvinnene kan ha oppfattet dette spørsmålet ulikt. Enkelte svarte kanskje «ja» på bakgrunn av å ha røykt noen få ganger. Andre som har røykt til fest eller bare av og til, kan ha oppfattet spørsmålet som «Har du noen gang vært dagligrøyker?» og svart «nei». 32 % av norske kvinner røyker daglig (18). Dette betyr at andelen på 67,4 % i vår undersøkelse som svarer at de har røykt, i tillegg til nåværende røykere, inkluderer en del eksrøykere og av-og-til-røykere. Vår røykeandel tilsvarener nesten nøyaktig summen av kvinnelige dagligrøykere, av-og-til-røykere og tidligrøykere; 68 %, i den perioden undersøkelsen ble utført, ifølge tall fra Statens tobakksskaderåd (18). Denne likheten indikerer at det ikke foreligger seleksjonsskjevhet når det gjelder røykevariabelen, og at vårt utvalg utgjør et representativt utvalg av norske kvinner. Selv om studien Kvinner og kreft har et annet mål enn vår studie, er det ingen grunn til å tro at det i vesentlig grad svekker verdien av våre funn. Hypotesen om sammenhengen mellom røyking og ektopisk svangerskap var sannsynligvis ikke kjent i befolkningen da dataene ble samlet inn. Det er lite sannsynlig at de som svarte ja på spørsmålet om ektrauterint svangerskap, har systematisk skjevhet i rapportering av røykevaner.

Hvis røyking har en betydning for ektrauterint svangerskap, vil det faktum at det i vår undersøkelse er en stor del som ikke er dagligrøykere, eller som ikke røykte da de fikk sitt ektrauterine svangerskap, bidra til å gjøre forskjellene mellom røykere og ikke-røykere mindre enn de skulle være. Denne undersøkelsen kan altså bidra til å styrke hypotesen om at røyking øker risikoen for ektrauterine svangerskap, men kan ikke utlede hvor stor denne risikoøkningen er.

Tabell 3 Frekvens av ektrauterine svangerskap per 1 000 og relativ frekvens for ektrauterine svangerskap i forhold til røykevaner

Ektrauterint svangerskap hos	Frekvens per 1 000		
	Røykere n = 6 227	Ikke-røykere n = 2 982	Røykere/ikke-røykere (95 % KI)
Alle	36,5	24,8	1,47 (1,13–1,90)
Barnløse	42,8	25,6	1,67 (0,76–3,68)
De som har født	35,8	24,7	1,47 (1,12–1,94)
De som har brukt spiral ¹	15,9	11,1	1,44 (0,97–2,13)
De som ikke har brukt spiral ¹	19,6	13,4	1,46 (1,02–2,08)

¹ Summen av ektrauterine svangerskap hos brukere og ikke-brukere av spiral er noe lavere enn hos alle til sammen pga. manglende data vedrørende spiralbruk

Sammenhengen mellom røyking og ektrauterine svangerskap har vist seg å være sterkere i andre studier som bare har inkludert kvinner som røykte ved konsepsjonstidspunktet. En klinisk pasientkontroll-studie utført i Georgia, USA, i perioden 1988–90 fant etter justering for paritet, tidligere utskrapninger, infertilitet og alder en oddsratio for ektopisk svangerskap på 1,9 (95 % KI 1,1–2,8) for kvinner som røykte i perikonsepsjonstiden sammenliknet med dem som ikke røykte (2). Denne studien fant også en dose-respons-sammenheng for røyking og risiko for ektrauterine svangerskap. Oddsratio for ektopisk svangerskap var 1,6 for kvinner som røykte 1–5 sigaretter daglig og økte til 3,5 for dem som røykte mer enn 20 sigaretter daglig sammenliknet med ikke-røykere. Også andre studier har vist at det er en dose-respons-sammenheng mellom røyking og ektrauterine svangerskap (11, 12).

Det hadde vært ønskelig å korrigere for andre kjente konfunderende faktorer som f.eks. underlivsinfeksjoner, som kan tenkes å påvirke sammenhengen mellom røyking og ektrauterine svangerskap. I undersøkelsen ble det imidlertid ikke spurt om underlivsinfeksjoner, fordi primærformålet var å studere sammenhengen mellom bruk av p-piller og brystkreft. Det var et bevisst valg fordi spørsmål om kjønns sykdommer er sensitive, og man fryktet at slike spørsmål kunne påvirke utfyllingen av spørreskjemaet. I en amerikansk studie om sammenhengen mellom røyking og ektopisk svangerskap, hadde man også opplysninger om underlivsinfeksjoner (2). Inklusjon eller eksklusjon av underlivsinfeksjoner i den statistiske analysen, påvirket ikke sammenhengen mellom røyking og ektopisk svangerskap, og var derfor ingen konfunderende variabel i den studien.

Konklusjon

Vår studie bekrefter at røyking er assosiert med økt risiko for ektrauterint svangerskap. Røyking medfører også nedsatt fertilitet og økt risiko for en rekke andre svangerskapskomplikasjoner, som spontanabort, placen-

taløsning, lav fødselsvekt, perinatal død og dessuten for plutselig uventet spedbarnsdød. Råd om røykeslutt for kvinner i fertil alder er effektivt og bør være en del av legekonsultasjonen (23).

Litteratur

1. Skjeldestad FE, Backe B. Insidens av ektrauterint svangerskap i Noreg i 1986. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 470–3.
2. Saraiya M, Berg CJ, Kendrick JS, Strauss LT, Atrash HK, Ahn YW. Cigarette smoking as a risk factor for ectopic pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 493–8.
3. Maltau JM. Tidlige graviditetsforstyrrelser. I: Bergsjø P, Maltau JM, Molne K, Nesheim BI, red. Gynekologi. Oslo: Universitetsforlaget, 1990: 105–13.
4. Storeide O, Veholmen M, Eide M, Bergsjø P, Sandvei R. The incidence of ectopic pregnancy in Hordaland County, Norway 1976–1993. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 345–9.
5. Onsrud M. Økende hyppighet av ektrauterin graviditet, sammenheng med prevensjonspraksis? Tidsskr Nor Lægeforen 1980; 100: 944–7.
6. Dahlstrøm B, Urnes A, Sørnes T, Nesheim B-I. Epidemi av ektrauterin graviditet i østre Akershus, søking etter mulige årsaker. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 45–8.
7. Skjeldestad FE, Svare S, Sørvald T, Haarstad I, Brobak H. Ektrauterine svangerskap, prevalens i Trøndelag 1970–84. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 2723–5.
8. Chow W-H, Daling JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. Epidemiol Rev 1987; 9: 70–94.
9. Dødsårsaker 1986–95. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1998.
10. Tay JJ, Moore J, Walker JJ. Ectopic pregnancy. BMJ 2000; 320: 916–9.
11. Ankum WM, Mol BWJ, Van der Veen F, Bossuyt PMM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil Steril 1996; 65: 1093–9.
12. Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CB, Strathay JH, Kurland LT. Risk factors for ectopic pregnancy. A population-based study. JAMA 1988; 259: 1823–7.
13. Parazzini F, Tozzi L, Ferraroni M, Boccione L, La Vecchia C, Fedele L. Risk factors for ectopic pregnancy: an Italian case-control study. Obstet Gynecol 1992; 80: 821–6.
14. Coste J, Job-Spira N, Fernandez H, Papiernik E, Spira A. Risk factors for ectopic pregnancy: a case-control study in France, with special focus on infectious factors. Am J Epidemiol 1991; 133: 839–49.

→

→

15. Løchen M-L. Røyking og ekstrauterine svangerskap. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 1479–80.
16. Knoll M, Talbot P. Cigarette smoke inhibits oocyte cumulus complex pick-up by the oviduct in vitro independent of ciliary beat frequency. Reprod Toxicol 1998; 12: 57–68.
17. Knoll M, Shaoul R, Magers T, Talbot P. Ciliary beat frequency of hamster oviducts is decreased in vitro by exposure to solutions of mainstream and sidestream cigarette smoke. Biol Reprod 1995; 53: 29–37.
18. Statens tobakksskaderåd. Tall fra Statistisk sentralbyrå. (www.tobakk.no/str/statistikk (30.10.2001)).
19. Lund E, Gram IT. Response rate according to length of questionnaire. Scand J Soc Med 1998; 26: 154–9.
20. Lund E, Kumle M, Sandaune A-G. Flyttemønsterets betydning for selvurdert helse blant norske kvinner i alderen 34–69 år. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3752–5.
21. Dean AG, Dean JG, Burton AH, Dicker PC. Epi Info version 6.02: a word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 1995.
22. SAS Institute SUGI Supplemental Library User's Guide. Cary, NC: SAS Institute, 1986.
23. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000.

○

Er fosteret et menneske?



Schroedel JR

Is the fetus a person?

A comparison of policies across the fifty states. 223 s, tab, ill. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2001. Pris USD 30
ISBN 0-80143707-5

Denne boken henvender seg til alle som er opptatt av fosterets status i det moderne sam-



funn. Den er en sammenlikning av lovgivning som angår fosterets status i USAs 50 stater, men har relevans langt ut over USAs grenser.

Forfatteren Jean Reith Schroedel er professor ved Department of Politics and

Policy ved Claremont Graduate University. Hun tar for seg tre områder innen lovgivningen på delstats- og føderalt nivå som regulerer fosterets status. Det første området er hvorvidt abort skal være legalt, et spørsmål som har medført stor og opphetet debatt. De to andre områdene, tiltak mot gravide rusmisbrukere og vold mot gravide kvinner som har medført fosterets død, er temaer som i langt mindre grad har vært fremme i den offentlige debatt.

Forfatteren starter med å beskrive synet på abort gjennom århundrene helt fra antikkens tid frem til våre dager. Veldig interessant lesing! Hun går deretter gjennom lovgivningen i de ulike delstatene samt den føderale lovgivningen innenfor hvert av de tre områdene. Hun forsøker å finne mønstre i lovgivningen innad i hver delstat, før hun i det siste kapitlet spør hvor veien går videre.

Resultatet av hennes undersøkelser viser at det er stor variasjon delstatene imellom med hensyn til for eksempel hvor sent man kan få et svangerskapsavbrudd, hvorvidt svangerskapsavbruddet dekkes av trygdeordninger, lovbestemt rådgivning og om det er krav om skriftlig samtykke fra ektefelle osv. Behandling av gravide rusmisbrukere varierer fra fengsling til varierende grad av hjelp til avvenning. Straffen for å utføre vold mot gravide kvinner som medfører at fosteret dør, varierer fra ingen straff til 20 års fengsel.

Forfatteren trekker konklusjonen at de delstatene som har den strengeste abortlovgivningen og som man derved skulle forvente var opptatt av fosterets rettsstatus, ofte har lover som ikke tar vare på gravide rusmisbrukere og ikke straffer vold mot barnet i mors liv. Disse delstatene har også tendens til å være delstater der kvinnens status er lav, og forfatteren stiller spørsmålet om streng abortlovgivning egentlig bare er en form for kvinneundertrykkelse.

Avslutningskapitlet er litt skuffende etter de forutgående engasjerte kapitlene. Forfatteren har lite konkret å si om hva man kan gjøre videre, men håper at en lett tilgjengelig abortpille vil skrinlegge striden mellom abortforkjempere og abortmotstandere. Boken er til tross for en litt kjedelig layout lettest og engasjerende, og anbefales til alle samfunnsengasjerte mennesker.

Else-Marit Foss

Kvinneklinikken
Ullevål universitetssykehus

Nyttig lommeutgave i mange fag

Bastian HL, Marker P

Oral medicin

Diagnostik og behandling. 214 s, ill. København: Munksgaard, 2001. Pris DKK 388
ISBN 87-16-12321-2

Forfatterne er overtannleger ved kjevekirurgisk avdeling ved Odense Universitetshospital. De beskriver boken som en håndbok for den praktiserende tannlege, omfattende de vanligst forekommende sykdommer.

Boken er i lommeformat med myke permer. Innholdsfortegnelsen er rettet mot klinisk bruk, med kapitler om blant annet infeksjoner, tumorer, hudsykdommer med intraorale manifestasjoner, proteserelaterede tilstander, tunge- og leppelidelser, tann- og erupsjonsdefekter. Boken er svært hendig til raske oppslag, da tekst er på venstre side og ledsagende bilder er på høyre side. Teksten beskriver kortfattet tilstandene, terapi og differensialdiagnostikk. Boken har ingen referanseliste, men er i stedet bygd opp med tilleggskapitler om undersøkelsesprinsipper, veiledning i elektronisk litteratursøk, terminologi og anbefalte tidsskrifter.



Samlet vurdert synes boken nyttig for alle klinikere og særlig for medisinstudenter, klinikere og utdanningskandidater i fag som øre-nese-hals, hud, indremedisin, pediatri og allmennmedisin. For spesialiteter innen oralmedisin vil den muligens bli for enkel, ettersom bokens hovedstyrke er den visuelle og pedagogisk kortfattede tilnærming til de ulike tilstander i munnslimhinnen.

Frode Berre

Øre-nese-halsavdelingen
Sentralsykehuset i Hedmark
Elverum