



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes til tidsskriftet@legeforeningen.no

Blødning etter fødsel og rutinemessig profylakse

Åshild Bjørnerem og medarbeidere viser i Tidsskriftet nr. 26/2002 at halvparten av fødeinstitusjonene i Norge gir rutinemessig oksytocinprofylakse (1). På grunnlag av andre studier (2, 3) konkluderer forfatterne med at alle fødeinstitusjoner i Norge bør tilby rutinemessig medikamentell blødningsprofylakse.

Vi er uenig i måten resultatene fra studiene blir tolket på. Det hevdes at en Cochrane-metaanalyse (2) viste at rutinemessig blødningsprofylakse i form av uteruskontraheerende medikamenter reduserte forekomsten av blødning og bruk av blodtransfusjon, men i denne metaanalysen sammenliknes aktiv håndtering av etterbyrdsfasen med avventende håndtering. Aktiv håndtering innebærer uteruskontraheerende medikament, tidlig avvanning og kontrollert trekk i navlesnoren. Effekten må tilskrives «hele pakken» aktiv håndtering sammenliknet med ingen behandling.

Halvparten av norske fødeinstitusjoner gir allerede rutinemessig oksytocinprofylakse, og vi antar at de fleste av de øvrige gir selektiv profylakse. Eggebø & Gjessing (4) fant at rutinemessig profylakse gav en gjennomsnittlig blødningsreduksjon på 24 ml, og andel blødninger over 500 ml ble redusert med 1,2 prosentpoeng og andel blødninger over 1 500 ml med 0,3 prosentpoeng i forhold til selektiv profylakse

Ifølge Bjørnerem og medarbeidere viste en svensk studie (3) at ved rutinemessig profylakse unngås en blødning post partum på over 800 ml for hver 16. injeksjon i forhold til selektiv profylakse. Det stemmer ikke. Studien sammenlikner profylakse (10 IE oksytocin) med placebo (fysiologisk saltvann). Man skal være forsiktig med å trekke konklusjoner fra ikke-randomiserte studier, men hvis vi bruker tall fra Eggebø & Gjessings undersøkelse (4), finner vi at man må gi 83 injeksjoner for å unngå én blødning over 500 ml og 333 injeksjoner for å unngå én blødning over 1 500 ml ved å bruke rutinemessig fremfor selektiv oksytocinprofylakse.

Vi mener at det ikke foreligger tilstrekkelig dokumentasjon for å hevde at rutinemessig

profylakse har fordeler fremfor selektiv profylakse. Derimot har vi dokumentasjon for å hevde at rutinemessig profylakse er bedre enn ingen profylakse. Vi behøver randomiserte studier som sammenlikner rutinemessig profylakse med selektiv profylakse, før det gis anbefalinger til norske fødeinstitusjoner.

Ved Alta fødestue gis selektiv profylakse. I tidsrommet 1.1. 2000–7.11. 2002 var det 333 fødsler ved fødestuen. 11 kvinner (3,3 %) blødde mer enn 500 ml (overjordmor Liss Gundersen, personlig meddelelse). Tilsvarende tall for hele landet i 2000 var 12,2 % (5). Dette kan tyde på at det er forsvarelig å tilby selektiv profylakse til kvinner som på forhånd ikke har forhøyet risiko for post partum-blødning.

**Ellen Blix
Kåre Augensen**
Hammerfest

Litteratur

1. Bjørnerem Å, Acharya G, Øian P, Maltau JM. Blødning post partum – profylakse og behandling i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2536–7.
2. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software, 2002.
3. Nordström L, Fogelstam K, Fridman G, Larsson A, Ryhdsström H. Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo controlled randomised trial. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 781–6.
4. Eggebø TM, Gjessing LK. Blødning etter fødsel. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2860–3.
5. Medisinsk fødselsregister. Årsmelding 2000. www.uib.no/mfr (7.11.2002).

Å. Bjørnerem og medarbeidere svarer:

Vi takker for kommentaren. Innlegget gir ikke grunn til å endre vår anbefaling om at alle fødeinstitusjoner bør tilby rutinemessig medikamentell blødningsprofylakse. På landsbasis vil en slik rutine, gjerne sammen med øvrig aktiv håndtering slik det er presisert i Cochrane-oversikten, spare et antall kvinner for stor blødning og ikke minst blodtransfusjon. Sistnevnte argument er tungtveiende. Det moderate antall injeksjoner som må til for å unngå en stor blødning, er en mindre ulempe sett i forhold til forventet gevinst. De kliniske motforestillingene og bivirkningene er minimale.

Nytten av profylakse til fødende med kjent risikofaktor for økt blødning post partum er godt dokumentert. Data fra Cochrane (1)

viser at aktiv håndtering reduserer risikoen for blødning også hos kvinner uten kjent risiko. Selektiv profylakse betyr at disse kvinnene går glipp av denne gevinsten.

Vi er enige i at randomiserte studier der man sammenlikner rutinemessig profylakse med selektiv profylakse hadde vært ønskelig, men kriterier for selektiv profylakse er vanskelig å definere og praktiseres høyst forskjellig. Selv om man alltid kan ønske større og bedre randomiserte undersøkelser, er dette ikke noe argument mot rutinemessig bruk av oksytocin.

Blix & Augensen nevner resultater ved Alta fødestue. Nettopp ved de minste fødeinstitusjonene med begrenset mulighet for å takle alvorlige komplikasjoner er optimal blødningsprofylakse særlig viktig. Dette er således et argument for rutinemessig medikamentell profylakse.

**Åshild Bjørnerem
Ganesh Acharya
Pål Øian
Jan Martin Maltau**
Tromsø

Litteratur

1. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software, 2002.

Sengebehovet i medisinske avdelinger

I Tidsskriftet nr. 27/2002 har Torgeir Bruun Wyller en leder om sengebehovet ved medisinske avdelinger (1). Det er et viktig tema. I den offentlige debatt har ventelistene overdøvet spørsmålet om korridorpatientene. Overbelegget er kanskje sykehusenes viktigste kapasitetsproblem. Wyller kritiserer Helse Øst for ikke å ha forstått disse problemene. Jeg kjenner ikke strategien til Helse Øst, men nedleggelsen av det geriatriske tilbudet ved Akershus Universitetssykehus tyder på at Wyllers kritikk er berettiget.

Det hadde vært hyggelig om Wyller hadde referert til Helse Sør. Der legges nå siste hånd på viktige dokumenter fra den brede strategiprosessen som er kalt Resept 2006. Arbeidsgruppen som har behandlet behov og kapasitet har diskutert de indremedisinske kapasitetsproblemerne grundig. Det