

Hvordan forebygge postpartumblødning i fattige land?

Over 500 000 kvinner dør hvert år som følge av komplikasjoner til svangerskap og fødsel. De fleste av disse kvinnene lever i fattige land, der blødning etter fødsel er den viktigste årsak til maternell død. I slike land, særlig på landsbygda, er mange av metodene for å forebygge og behandle postpartumblødning, slik som bruk av oksytocin, lite anvendelige.

I en randomisert studie fra utkantstrøk i India, som nylig er publisert i *The Lancet*, ga bruk av peroral misoprostol en halvering av forekomsten av akutt postpartumblødning og en nesten 80 % reduksjon i forekomsten av akutt alvorlig postpartumblødning i forhold til dem som fikk placebo (1). Kvinner som fikk misoprostol, hadde signifikant mindre blodtap post partum. Lave kostnader, peroral tilførsel og få bivirkninger gjør dette midlet, en E1-prostaglandinanalogue, til et meget aktuelt middel for å forebygge postpartumblødning i fattige land.

Forfatterne av en ledsagende kommentarartikkel (2) trekker frem en multiserstudie i regi av WHO fra 2001 som viste at parenteral oksytocin var bedre enn misoprostol ved sykehusfødsler, og en Cochrane-analyse fra 2004 der det ikke ble funnet dokumentasjon for at misoprostol var bedre enn placebo eller ingen behandling. Studien fra India viser imidlertid at misoprostol må vurderes som bedre i områder med dårlig utbygd helsevesen. Bivirkninger, som skjelvinger og feber, og faren for feilaktig bruk innebærer behov for opplæring av alle typer fødselshjelpere før misoprostol tas i bruk i større skala.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled study. *Lancet* 2006; 368: 1248–53.
2. Chong Y-P, Su L-L. Misoprostol for preventing PPH: some lessons learned. *Lancet* 2006; 368: 1216–8.

Bryllup og miltbrann

I løpet av tre døgn søkte 138 pasienter seg til lokalsykehuset i den nordlige delen av Tanzania, alle med symptomer på miltbrann – antraks. 68 av dem ble innlagt. Smitteskilden var blitt servert ved en bryllupsmiddag.

Marangu Lutheran Hospital er et lite lokalsykehus beliggende på 1 600 meters høyde i Kilimanjaro-massivet i det nordlige Tanzania. Sykehuset har ca. 50 senger og betjener en befolkning på ca. 200 000 mennesker. I Tanzania, som i alle land, er bryllup en stor begivenhet. Det er vanlig med mange gjester, vanligvis flere enn 100 og ofte mange hundre, og gjestene blir godt bevertet med mat og drikke, gjerne over flere dager.

Pasientene strømmer til

Denne historien startet tidlig en lørdag morgen i mars. En ung kvinne som hadde deltatt i et bryllup dagen før, kom på poliklinikken med et ikke uvanlig sykdomsbilde her nede: diaré, kvalme, magesmerter, sykdomsfølelse og lett forhøyet temperatur. Mikroskopi av avføringen viste ikke tegn på amøber, cyster eller ormeegg, men en del pussceller og erythrocytter. Hun ble innlagt og fikk antibiotikabehandling med cotrimoxazol pga. allmennsymptomer og mistanke om tarmpatogene bakterier, spesielt *Shigella*. Allerede mens vi var i gang med å etablere intravenøs tilgang, kom det tre pasienter til fra samme bryllupsfeiring med tilsvarende symptomer og funn, og like etterpå fem pasienter til. Det så ut til å bli en travel lørdag.

Etter at 16 pasienter fra samme bryllup hadde henvendt seg til sykehuset i løpet av halvannen time, bestemte vi oss for å undersøke omstendighetene rundt bryllupsmåltidet nærmere. En av våre «clinical officers» ble sendt ut for å forhøre seg. I mellomtiden fortsatte tilstrømmingen av pasienter. Vi fikk mistanke om gastrointestinal antraks (ramme 1) (1).

Den utsendte kom snart tilbake og kunne berette at en ku var blitt slaktet til bryllupsmiddagen. Kjøttet ble grillert og servert. Kua hadde vært billig, ble det sagt, og vi forsøkte å finne både slakteren og eieren. Det ble sagt at kua hadde hatt miltbrann en måned før og var under behandling for dette. Bonden var ikke å finne. Han hadde visstnok fått beskjed om at kua ikke måtte brukes til menneskeføde før det var gått ett år, men han trengte penger og solgte den uten å ta hensyn til pålegget.



Pga. mistanken om miltbrann og på bakgrunn av allmennsymptomene ble det startet intravenøs væskebehandling til alle de innlagte pasientene. I tillegg ble både innlagte pasienter og pasienter som bare ble behandlet poliklinisk, gitt antibiotika. Til sammen henvendte 138 pasienter seg til klinikken i løpet av tre døgn; av disse ble 68 innlagt – til tross for at sykehuset bare hadde 50 senger, hvorav de fleste allerede var belagt. Sykehuset har sitt eget lille apotek, men apoteket har ikke engang alle legemidlene som WHO definerer som essensielle. Tilgang til infusjonsvæsker var god. Med 68 nye pasienter som trengte intravenøs væske, ble lageret fort tomt. Tilsvarende var situasjonen for antibiotiske midler – hele 138 pasienter trengte slik behandling.

Problemet ble løst med en «shoppingrunde» på andre sykehus og apotek (duka la dawa) i området. Vi måtte bruke ulike typer antibiotika, men alle syntes å være like effektive. Alle pasientene overlevde, og alle var utskrevet fra sykehuset i løpet av en uke. Ingen fikk lungeaffeksjon, disseminert sykdom eller meningitt.

Oppfølging

Tanzania er et utviklingsland. Derfor ble jeg både overrasket og imponert da fylkeslege, fylkeshelsesøster og fylkesveterinær var på plass to dager etter første pasient