

Sterk økning i obstetriske sfinkterskader

Forekomsten av rapporterte obstetriske sfinkterskader i Norge økte dramatisk fra 1967 til 2004. Stigningen kan bare delvis forklares ved endringer i fødepopulasjonen og obstetrisk praksis.

Obstetrisk anal sfinkterskade er en alvorlig fødselskomplikasjon med 30–50 % risiko for anal inkontinens etter primær operasjon. Det er rapportert en økning i forekomsten både i Norge og internasjonalt. I en ny studie har vi kartlagt risikofaktorer for sfinkterskade og vurdert om endringene i fødepopulasjon og de obstetriske rutiner i perioden 1967–2004 kan forklare økningen i Norge (1).

Studien omfatter 1 673 442 vaginale fødsler med ett barn i hodeleie registrert

i Medisinsk fødselsregister 1967–2004. Sfinkterskade var assosiert med mors alder ≥ 30 år, førstegangsfødsel, instrumentell forløsning, vekt $\geq 3 500$ g og hodeomkrets over 35 cm, fødeinstitusjonens størrelse, tidligere keisersnitt, afrikansk eller asiatisk bakgrunn, induksjon med prostaglandin, type 1-diabetes og svangerskapsdiabetes.

Episiotomi beskyttet mot sfinkterskade ved instrumentell forløsning hos førstegangsfødende kvinner.

Forekomsten av sfinkterskade økte fra 0,5 % i 1967 til 4,1 % i 2004. Antall tangforløsninger avtok fra 1,8 % til 1,3 %, mens vakuumbforløsningene økte fra 1,8 % til 8,1 % og keisersnitt fra 2 % til 15,3 %. Andelen av barn med fødselsvekt $\geq 4 000$ g økte med 5 % og andelen av førstegangsfødende kvinner ≥ 30 år økte med 25 %.

Stigningen i forekomst av sfinkterskade

kunne bare delvis forklares ved endringer i fødepopulasjonen og obstetriske rutiner. Andre årsaker er sannsynligvis endrede registreringsrutiner og forbedret diagnostikk pga. økt oppmerksomhet rundt disse skadene. Rutiner for beskyttelse av perineum var ikke registrert i Medisinsk fødselsregister, men antas å være viktig. I 2006 kom en nasjonal handlingsplan for å redusere forekomsten av sfinkterskader i Norge. I 2008 var forekomsten redusert til 2,6 %.

Elham Baghestan

elham.baghestan@kk.uib.no
Kvinneklinikken
Haukeland universitetssykehus

Litteratur

1. Baghestan E, Irgens LM, Børdahl PE et al. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 25–34.

Infeksiøs β -amyloid?

Pasienter med Alzheimers sykdom har karakteristiske avleiringer av β -amyloid i hjernen. Intracerebral inokulering med hjerneekstrakt som inneholder misfoldet β -amyloid fra pasienter med Alzheimers sykdom, er vist å indusere cerebral β -amyloidose i en musemodell. Nå har en internasjonal forskergruppe undersøkt effekten av intraperitoneal inokulasjon av β -amyloidrikt hjernemateriale fra en transgen Alzheimer-musemodell til en yngre musekohort (*Science* 2010; 330: 980–2).

Etter sju måneders inkubasjon ble det påvist amyloidose i hjernen til musene som ble inokulert. Disse resultatene tyder på at det finnes mekanismer for transport av β -amyloidaggregater til hjernen fra andre deler av kroppen og kan bidra til ny kunnskap om sykdommens patogenese.

Folinsyre hindrer nevraltørsedefekter

WHO anbefaler et perikonsepsjonelt folinsyretilskudd på 400 μ g daglig for å forebygge nevraltørsedefekter hos barn. Effektiviteten og sikkerheten av dette er nå blitt undersøkt i en Cochrane-analyse, som omfattet fem randomiserte eller kvasirandomiserte studier med 6 105 kvinner. Av disse hadde 1 949 hatt tidligere graviditeter med utvikling av nevraltørsedefekter, og 4 156 hadde ikke (*Cochrane Database Syst Rev* 2010; nr. 10: CD007950).

Det var en konsistent beskyttende effekt av daglig folinsyretilskudd sammenliknet med ingen intervensjon/placebo eller andre vitaminer og mineraler (risikoratio 0,28; 95 % KI 0,15–0,52).

Høyere dødelighet ved jordmorstyrte lavrisikofødsler i Nederland

Nederlandsk fødselshjelp rystes av en studie som viser mer enn doblet fødselsrelatert dødelighet ved jordmorstyrt lavrisikofødsel.

Studier fra Nederland med unike 33 % hjemmefødsler har rapportert at jordmorstyrt lavrisikofødsel i nærhet av fødeavdeling er trygt (1). Men Nederland har klart høyere perinatal dødelighet enn nabolandene, og i en ny artikkel har man nå vurdert fødselshjelpens rolle (2). I en kohort på 37 735 termifødsler uten misdannelser hos barnet ble fødsler som startet som en jordmorstyrt lavrisikofødsel (49,5 %) sammenliknet med fødsler med risikofaktorer som startet i fødeavdeling med fødselslege (50,2 %).

Mot forventning fant man en doblet risiko for perinatal død av fødselsrelaterte årsaker (n = 36) blant fødsler som startet som en jordmorstyrt lavrisikofødsel (RR 2,3, 95 % KI 1,1–4,8). For lavrisikofødsler overført til fødselslege under fødsel var risikoen nær firedoblet (RR 3,7, 95 % KI 1,6–8,5), med risiko for innleggelse i intensivavdeling (RR 2,5, 95 % KI 1,9–3,4).

Få uker før fant man i en stor metaanalyse tredoblet neonatal dødelighet blant barn uten misdannelser ved hjemmefødsel (3). Studiene har skapt heftig debatt. Undersøkelsene har en størrelse til å studere dødelighet som man ikke har hatt ved norske studier av hjemmefødsler



Illustrasjonsfoto Colourbox

og fødestuer, men Norge har annen geografi og henvisningspraksis. Løsningene som fremheves i Nederland om viktigheten av bedre kollegabasert læring, kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell, kan likevel være like viktige i Norge.

J. Frederik Frøen

frederik.froen@fhi.no
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009; 116: 1177–84.
2. Evers AC, Brouwers HA, Hukkelhoven CW et al. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ* 2010; 341: c5639.
3. Wax JR, Lucas FL, Lamont M et al. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203: 243.e1–8.