

Igangsætning af fødsler

Af Morten Hedegaard og Øjvind Lidegaard

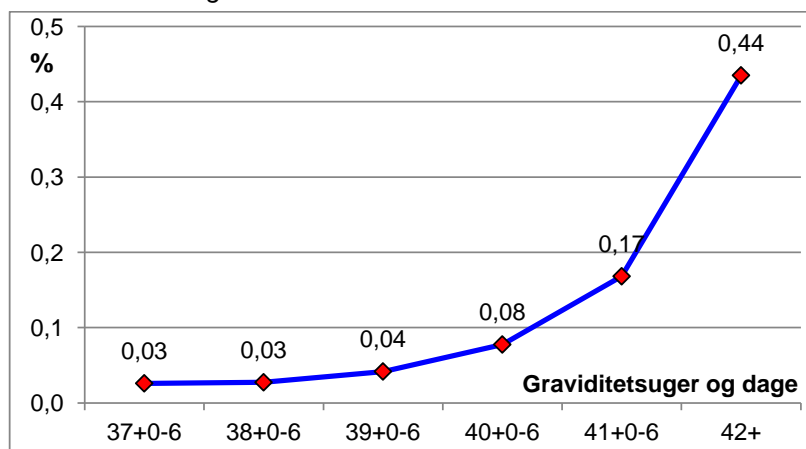
En af de mest frygtede komplikationer blandt gravide kvinder er pludselig uventet intrauterin død af fosteret. For ti år siden oplevede årligt omkring 100 kvinder, som havde passeret 37 graviditetsuger, denne frygtede komplikation. Det svarer til 0,15% af de fødende, hvilket var en af verdens lave rater af fosterdød.

Når man oplever sjældne meningsløse begivenheder af denne type, søger alle svar på spørgsmålet; Hvorfor ramte det netop mig. Man søger efter mulige forklaringer, og eksponering for lægemidler hører til blandt de faktorer, som mange intuitivt vil være tilbøjelige til at forbinde med hændelsen. Det er der ikke noget forkert, mærkeligt eller urimeligt i. Det, at to begivenheder er tæt koblet i tid, betyder imidlertid ikke, at der behøver være nogen som helst årsagssammenhæng mellem de to fænomener. Eksemplerne herpå er talrige, og det ved vi godt fra andre sammenhænge. Ikke desto mindre kan sådanne enkeltstående tilfælde meget let give anledning til mytedannelser. Især hvis den samme association viser sig gentagne gange.

Gennem seneste årti er man i den industrialiserede verden blevet mere offensiv med at sætte fødsler i gang efter terminen. Det skyldes først og fremmest, at risikoen for, at fostre dør, stiger markant efter terminen, som det fremgår af første figur. Mens dødeligheden er 0,03% per uge før terminen, er risikoen i ugen efter 42 uger helt oppe på 0,44%, eller 14 gange højere.

Igangsættelse af fødsler er imidlertid ikke omkostningsfri. Fødselsforløbene var, med de teknikker, vi rådede over tidligere, ofte langvarige. Med fremkomsten af *misoprostol* fik man det middel, som både kunne modne livmoderhalsen og fremkalde veer, hvilket forkortede fødselsforløbene væsentligt, og dermed de komplikationer, som knytter sig til langvarige fødselsforløb. Det er fx udtrættede fødende, instrumentelle forløsninger og akutte kejsersnit.

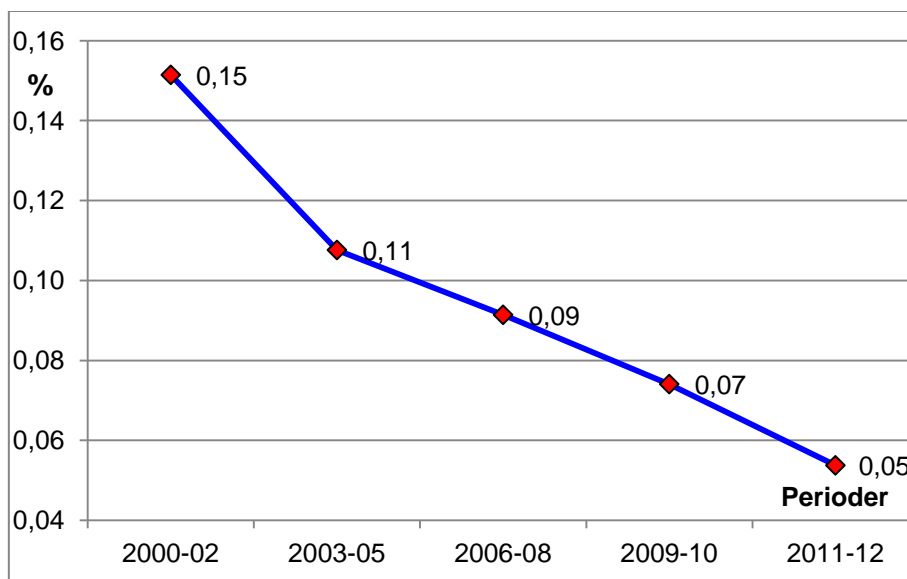
Risikoen for at opleve fosterdød i forskellige uger af graviditeten i Danmark fra 2000-2008.



Netop fordi man nu kunne mindske uønskede virkninger ved igangsættelse, blev vi mere offensive med at sætte fødsler i gang. Mens vi tidligere ofte ventede til kvinderne havde passeret 42 uger, tilbyder man i dag igangsættelse i ugen efter, gravide kvinder har passeret 41 uger. Det har betydet, at andelen af kvinder, som føder efter 42 uger er mindsket fra 8 % i år 2000 til i dag 1½%.

Og hvordan er det så gået med antallet af fostre, som dør efter terminen? Det fremgår af nedenstående kurve.

Procent fostre der dør efter 40 uger fra år 2000 til 2012



Det ses at risikoen er reduceret fra 0,15% i perioden 2000 til 2002 til under 0,05% gennem seneste to år. I absolutte tal er der tale om en reduktion fra omkring 60 døde fostre pr. år efter 40 uger til nu 20. For dødsfald efter 37 uger er der tale om en reduktion i samme periode fra 120 til 50 årlige dødsfald, altså mere end en halvering. Alt tyder derfor på, at vi har fat i den lange ende, med vores mere offensive igangsættelsespraksis, og med at anvende *misoprostol* til dette.

Vi ligger nu på det laveste antal døde fostre per 1.000 fødende, der er målt internationalt, en rekord, vi ikke havde for ti år siden.

Der er med andre ord intet objektivt belæg for påstanden om, at vi slår børn ihjel med vores igangsættelsespraksis. Udover at den har sparet fosterliv, har den også været nænsom over for de gravide kvinder, som passerer terminen uden at gå i fødsel. Mange af disse kvinder har på dette tidspunkt ikke noget højere ønske, end netop at få lov at føde.

Da risikoen for, at fostre dør, stiger så kraftigt efter 41 og især 42 uger, vil en del fostre dø i samme uge, som man forsøger igangsættelse. Derfor vil en del af de kvinder, som oplever denne triste udgang på deres graviditet, have været eksponeret for *misoprostol*. Selv om enkelte dødsfald måtte kunne tilskrives virkningen af *misoprostol*, må vi konstatere, at denne risiko er mindre end

ved at undlade igangsættelse. Det betyder ikke at vi ikke skal være opmærksomme på også bivirkninger til *misoprostol*, men vi må ikke bilde os ind, at disse bivirkninger opvejer de objektivt dokumenterede gevinster.

Det vil være til skade for de fødende, hvis man går bort fra den nuværende igangsættelsespraksis, og bort fra at anvende *misoprostol*.

Morten Hedegaard er klinikchef på Rigshospitalets fødeafdeling,

Øjvind Lidegaard er professor for Obstetrik og Gynækologi på Rigshospitalet.