

Medlemsbladet 1

2003

NR



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology



MEDLEMSBLADET

Ansvarig utgivare: Inger Sundström-Poromaa
tel: 090-785 34 61

Layout: Moniqa Frisell

Adress: SFOG-kansliet, Box 738,
101 35 Stockholm

Besöksadress: Klara Östra Kyrkogata 12 (LRF)
tel: 08-440 01 75 fax: 08-22 23 30
ml.schyberg@sfog.se

Internet: www.sfog.se

Annonser: Inger Sundström-Poromaa
inger.sundstrom@obgyn.umu.se

SFOGs styrelse 2003:

Ordförande: Doc Margareta Hammarström
Octaviakliniken, Tideliugatan 22,
118 69 Stockholm

tel: 08-690 62 70, fax: 08-690 62 76
margareta.hammarstrom@octavia.ptj.se

Vice ordförande: Doc Göran Berg
Barn/Kvinnocentrum, Linköpings Universitets
sjukhus, 581 85 Linköping
tel: 013-223132 fax: 013-14 81 56
goran.berg@lio.se

Facklig sekreterare: Dr Birgitta Segeblad
KK, Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand,
851 56 Sundsvall
tel: 060-18 10 00 fax: 060-18 15 57
birgitta.segeblad@lvn.se

Vetenskaplig sekreterare: Doc Pål Wölner-
Hanssen
Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Lund,
221 85 Lund,
tel: 046 - 17 25 20

e-post: pal.wolner-hanssen@gyn.lu.se

Skattmästare: Doc Jan Rydnert
KK, Länssjukhuset, 301 85 Halmstad
tel: 035-13 66 10 fax: 035-13 66 28
jan.rydnert@lthalland.se

Redaktör: Doc Inger Sundström-Poromaa
KK, Norrlands universitetssjukhus,
901 85 Umeå
tel: 090-785 34 61 fax: 090-77 39 05
inger.sundstrom@obgyn.umu.se

Utbildningssekreterare: Prof Ove Axelsson
KK, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala
tel: 018-611 57 56 fax: 018-55 97 75
ove.axelsson@kbh.uu.se

Övriga ledamöter: Dr Nils Fryklund
KK, Länssjukhuset, 301 85 Halmstad
tel: 035-13 10 00 fax: 035-13 66 28
nils.fryklund@lthalland.se

Dr Christina Gunnervik, Kvinnokliniken,
Värnamo sjukhus, 331 85 Värnamo
tel: 0370-69 73 15 fax: 0370-69 73 08
christina.gunnervik@ljkpg.se

Dr Karin Ståhlberg, Kvinnokliniken,
Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala
tel: 018611 00 00 karin.stalberg@kbh.uu.se

Tryck: Elanders Tofters, Östervåla

Foto: Sören Colbing

ISSN 0284-8031

— Ordförande har ordet —



SFOG-medlemmar!

Tack för förtroendet att få bli ordförande i SFOG. Det är spännande att vara verksam inom SFOG och jag ser fram mot de kommande två åren. Vi lever i en förändringens tid och det är troligen mycket som kommer att ändras och hända i vår omvärld framöver, vilket i sin tur påverkar oss SFOG medlemmar. Sjukvården har under det senaste decenniet varit föremål för stora och kanske ibland impulsiva organisatoriska förändringar. Samtidigt sker stora omställningar i samhället, som i sin tur ger efterverkningar i sjukvården. Nya samarbetspartners dyker upp och andra kanske försvinner.

När det gäller SFOGs verksamhet kanske det också är dags för en översyn.

Vad vill medlemmarna att SFOGs styrelse skall arbeta med? Hur skall det interna styrelsearbetet se ut? Kansliet har pga sjukdom varit stängt en tid och har nu reducerat öppethållande.

SFOG fungerar som remissinstans för till exempel läkarförbundet, svenska läkarsällskapet, socialstyrelsen med flera. Det ger en utmärkt möjlighet att påverka framtiden men det är också ett praktiskt arbete som skall göras. För att motverka att styrelsen som ett isolat bedömer och besvarar remisser har vi under det senaste året diskuterat att i större utsträckning skriva till ordförande och sekreterare i AR-grupper för att remissen skall delges de som är intresserade att också läsa och ge synpunkter till styrelsen innan ett svar ges. När det gäller andra frågor kan kanaler till andra grupperingar inom SFOG arbetas upp.

Frågor som drivits för kvinnosjukvårdens skull har under året varit den patientnära kliniska forskningens brist på resurser. Vi har träffat politiker och representanter för vetenskapsrådet. Här har SFOG en stor och viktig roll i att lobba för mer

I DETTA NUMMER

Förslag till Berndt Kjessler pristagare 2003	2
OGU har fått en ny styrelseordförande! Karin Ståhlberg	7
Framtida tillgång till uppdaterad kunskap Berndt Kjessler, Nils-Otto Sjöberg, Kerstin Nilsson, Annika Strandell	9
Referat från Svenska Läkaresällskapets Riksstämman Inger Sundström Poromaa, Ulrika Ottander, Liselott Andersson	13
Bästa föredrag och posters	16
Minimikrav för examensarbete Birgitta Essén	19
Abort som en Reproduktiv Rättighet Kajsa Sundström	21
Lyssna på Soranos! Ulf Högberg	24
Att skriva "ni" eller "Ni" Bo Lindberg	25
Kalendarium	34
Arbets- och Referensgrupperna inom SFOG	36
Nya avhandlingar	39
Examensarbete	44

resurser för att ge kanske framförallt tid till denna vardagsnära, tidskrävande men kanske i många ögon föga glamorösa forskning

Utbildningsfrågor har av hävd haft en stor och viktig roll i SFOGs arbete. AR gruppernas arbete med koncensusdokument är imponerande och mycket beundrat. Kurser arrangeras inom föreningens hägn och utbildningsboken för specialistutbildningen ses över. Den frivilliga specialistexamen debatteras och arrangeras årligen. Läkarförsörjningen inom specialiteten är en stor fråga. Finns det gynekologer så det räcker, och vad händer efter pensionsavgångar under de närmaste 10 åren. Denna fråga kommer att diskuteras vid ett av NFOG arrangerat symposium i södra Sverige tidigt under 2004, och symposiet berör då hela den nordiska arbetsmarknaden.

Jourverksamheten som är stor och tung inom specialiteten togs upp under årsmöte 2002 "Lång natts färd mot dag". Frågan om riktlinjer för bakjoursverksamheten kommer att ha diskuterats på verksamhetschefsmötet. Denna fråga berör också verksamheten i olika organisationer - den mindre med inriktning mot öppenvård och den i större sjukhusbunden vård. Vilka för och nackdelar finns inom respektive form och har vi något att lära av varandras sätt att arbeta, tänka och organisera arbetet?

En annan viktig fråga är hur läkarrollen ser ut och har förändrats under årtionden. Hur ser vi inom specialiteten på ledarrollen inom sjukvården? Är det av vikt att

vi axlar en ledarroll och hur ser det kollegiala stödet ut till den som tar på sig administrativa uppgifter? Eller är det bättre att vi lämnar denna roll till andra och ägnar oss åt specialistens arbete?

Vår representation och rätt till rösträtt som specialitetsförening i läkarförbundet har drivits hårt av SFOG och särskilt av avgående facklige sekreteraren Pia Teleman. Vi kom så långt att centralstyrelsen till fullmäktige i maj lade en motion om att frågan skulle tas upp för översyn. Tyvärr röstade fullmäktige ned detta. Arbetet fortsätter dock och Svensk Kirurgisk Förening tar nu över stafettpippen och driver frågan med oss och flera andra föreningar som stöd, närmast träffas vi i mitten av februari.

Ny på arenan som samarbetspartner är IPULS - Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige. IPULS är samägt av Läkarförbundet, Läkaresällskapet och Landstingsförbundet. IPULS hade ett presentationsmöte i Stockholm i december. Den viktigaste uppgiften för IPULS blir att granska de kurser som ges för läkare enligt en särskild kvalitetsmall. För att få bli granskad måste kursgivaren betala en avgift. Det är tänkt att IPULS skall vara självfinansierat på dessa avgifter. Alla kursgivares kurser kan granskas, tex läkemedelsföretag liksom andra potentiella kursgivare. Någon uppföljning av att kursgivarens intentioner fullföljdes planeras i dagsläget ej. Man har tänkt att varje sektion i Läkaresällskapet skall utse en granskare som arvoderas med ett schablonbelopp. En stor fördel med IPULS är att vi

för första gången har en stor arbetsgivare med på arenan i form av Landstingsförbundet. För att läsa mer rekommenderar jag ett besök på hemsidan www.ipuls.se

NFOG är en gammal samarbetspartner, där SFOGs ordförande representerar föreningen i styrelsen. NFOG arrangerar vartannat år en nordisk kongress, senast bejublad i Umeå och nu planerad till Helsingfors i juni 2004 med ett spännande program. NFOG arbetar just nu med utbildnings och läkarförsörjningsfrågor - resultat av detta är en kurs i Köpenhamn 17-19.10 2003 med rubriken "Hot topics in ob-gyn" samt ett seminarium om läkarförsörjning i Norden som planeras äga rum i januari 2004. NFOG kommer att arbeta med internationella frågor gemensamma för de nordiska länderna istället för att var land arbetar för sig. Besök NFOGs hemsida www.nfog.org.

Styrelsen har i mitten av mars ett strategiinternat för att prioritera det arbete vi skall göra. Vi eftersträvar att göra en målbeskrivning, en verksamhetsplan och en aktivitetsplan. Det har från medlemmar väckts frågan om en verksamhetsrevision också skall ske, inte bara en ekonomisk revision. I dagsläget presenterar styrelsen alltid en verksamhetsberättelse för varje år. Inför vårt strategiinternat så välkomnar vi alla synpunkter från medlemmarna - vilka frågor vill ni sätta på agendan?

Vinterhälsningar från ett regnigt, bläsig och kallt vinter-Stockholm

Förslag till Berndt Kjessler pristagare 2003

Nu är det dags att utse pristagare till Berndt Kjessler-priset 2003!

Priset som är på 10 000 kronor instiftades 1996 i samband med att Berndt Kjessler avgick som ARGUS och kommer att utdelas vid årsmötet i Trollhättan.

Priset skall tilldelas "en person, som i Berndt Kjesslers anda gjort berömliga insatser för undervisning och utveckling inom obstetrik och gynekologi". Tidigare pristagare är Barbro Wijma 1997, Mats Hammar 1998, Ingemar Ingemarsson 1999, Kerstin Hagenfeldt 2000, Ian Milsom 2001 och PO Jansson 2001.

Välkomna med era förslag senast 10 april, 2003!

Margareta Hammarström

Förslag skickas till

SFOG kansliet
Box 738
101 35 Stockholm

ml.schyberg@sfog.se



Käre kolleger,

Vid 2002 års Riksstämman hade vår sektion två fullspäckade dagar med olika arrangemang. Anmärkningsvärt var att 28 % (9 av 32) av insända abstrakt kom från Universitetssjukhuset MAS. Med tanke på att inga abstrakt avvisades kan man dra slutsatsen att kollegerna på MAS säkert är duktiga, och framför allt har dom varit lojala till våra Riksstämmansträngningar och skickat in abstrakt innehållande mycket av det som det där forskas på medan kolleger vid andra kliniker tydligen bara går och väntar på att SFOG-veckan skall komma igång. Hur som helst, för KK MAS har dessa aktiviteter belönats med laurbär som ni kan se nedanför. PR-värdet för kliniken skall inte underskattas!

Jag vill här tacka de personer som ledde vår sektionens olika arrangemang: Outi Hovatta, Gunnar Silberstolpe, Karin Pettersson, Marie Cedergren, Eva Östlund, Margareta Hellgren, Ulrika Ottander, Peter Lindgren, Marie Bixo, Barbro Fridén, och Marie Ellström. Jag vill också tacka Kerstin Nilsson och Annika Strandell som granskade och valde ut bästa föredrag; PO Janson och Maria Cederholm som granskade postrarna.

Till bästa föredrag utsågs det med titeln: Höga preoperativa tPA nivåer i plasma predikerar dålig postoperativ prognos hos kvinnor med ovarialcancer av författarna Christer Borgfeldt, Pär-Ola Bendahl, Mårten Fernö, Bertil Casslén. Priset motiverades med att man hade tagit sig an ett svårt ämne och med vassa naturvetenskapliga metoder plockat fram hårda data, klart presenterade, följt av en stimulerande diskussion.

Hedersomnämmande förtjänade föredraget med titeln: Perinatalt utfall vid obehandlad nedsatt glukostolerans (IGT) under graviditet av Ingrid Östlund, Anders Björklund, Ulf Hanson, Ragnhild Hjertberg, Eva Nord, Elisabet Nordlander,

Marja-Liisa Swahn och Jan Wager. Föredraget fick hedersomnämmande för en väl genomförd multicenter studie, i vilken man med adekvata analysmetoder dragit en slutsats som bör ligga till grund för interventionsstudier och i förlängningen en möjlig rutinändring inom ett stort vardagligt kliniskt område.

Till bästa poster utsågs den med titeln: Detektion av intrauterin tillväxthämning antenalt av författarna Johan Molin, Jan Laurin, Nils-Otto Sjöberg, och Pelle Lindqvist. Som motiv för premieringen angavs: "Genom analys av datorjournaler från 36000 förlossningar i Malmö och Helsingborg finner författarna att två planerade screening-ultraljudsundersökningar, i vecka 18 och 32, ger en högre detektionsfrekvens av antenatal tillväxthämning än endast en planerad undersökning i vecka 18. Den diagnostiska vinsten var uppenbar trots att totalantalet ultraljudsundersökningar inte skilde sig i de jämförda materialen. Postern berör ett viktigt problem inom obstetrik. Posterns budskap framgår av lättförståeliga bilder och en lagom textmängd".

Hedersomnämmande förtjänade postern med titeln: Könstymning vanligare bland svenska kvinnor än bland somaliska i Sverige? av författarna Sara Johnsdotter och Birgitta Essén. Som motivation för hedersomnämmandet angavs "Författarna har genom kvalitativ metodik belyst det faktum att somaliska kvinnor i exil i Sverige i stor utsträckning upphör med kvinnlig omskärelse på grund av en omvärdering av hur Islam skall tolkas i denna fråga. Postern är elegant och lättillgänglig och ger upphov till debatt kring en annorlunda bild i massmedia och det medicinskt motiverade och lagligt accepterade i att göra vulvoplastiker på estetisk indikation.

Dessa 4 presentationers abstrakt finns att läsa på vår hemsida (www.sfog.se) och på sidan 12 i detta medlemsblad.

Från 1. januari gäller den nya fertilitetslagen. Enligt den blir det tillåtet att befrukta och införa donerade ägg i en kvinna som själva inte har ägg kvar. Tyvärr för landets Södra Region får befruktning och införande av donerade ägg endast ske vid universitetssjukhus. Vid Södra Regionens för övrigt ärvärdiga Lunds Universitet finns ingen sådan möjlighet. En medicinsk fakultet utan reproduktionsenhet med IVF-möjlighet tillhör sällsyntheterna nu för tiden. Om lagstiftarna med denna regel har velat stimulera Lunds Universitet att upprätta en sådan enhet eller har glömt att man där inte kan tillfredsställa kraven, vet jag inget om. Hur som helst, Socialstyrelsen har med hjälp av fertilitetsexperten inom SFOG gjort upp riktlinjer för hur lagen skall användas. SFOG fick ett förslag till riktlinjer i slutet av november och skulle lämna in svar inom 1 vecka. Styrelsen höll med förslaget i stort. Vårt att påpeka är kravet om att två befruktade ägg endast får återföras om det finns evidens-baserade hållpunkter för att risken för tvillinggraviditet inte är ökad. SFOG var kritisk till förslagets del om medicinsk utredning inför assisterad befruktning. Här angavs att kvinnor med de samhällsfarliga infektionerna HIV, hepatit C, hepatit B, HTLV-1, HTLV-2, samt syfilis inte skulle få genomgå assisterad befruktning. Spermier från män med samma infektioner skulle inte få användas till insemination av egen maka/sambo. Något medicinsk underlag för detta beslut fanns inte i förslaget. Vi anmärkte att primär syfilis enkelt kan botas med penicillin-injektioner, spermier från HIV-infekterade män kan tvättas så HIV inte längre kan påvisas i materialet (tvättade spermier används på många håll inom EU för insemination av seronegativa kvinnor och vid Huddinge sjukhus har man etablerat metoden och sökt Socialstyrelsens tillstånd att använda den - för två år sedan. Något svar har man inte erhållit), personer med

– Brev från den vetenskapliga sekreteraren –

hepatit C kan fås RNA-fria genom interferonbehandling. Efterföljande reviderades förslaget. Enligt de färdiga föreskrifterna skall ”alla makar eller samboende testas för hiv, HTLV I, HTLV II, hepatit B, hepatit C och syfilis”. ”En assisterad befruktning får endast utföras om det bedöms osannolikt att något av dessa smittämnen eller någon av sjukdomarna överförs till kvinnan eller barnet genom befruktningen.” För det första tycker jag det är

synnerligen tveksamt att kräva undersökning av alla infertila för HTLV I och HTLV II innan IVF då dessa infektioner är mycket sällsynta i vårt samhälle och mig veterligen inte har åstadkommit sjukdomar genom IVF. Frågan är vad samhällskostnaden blir per förhindrad ny HTLV-infektion. För det andra måste nu varje läkare som behandlar infertila par, men som vanligen inte är infektionsspecialist, frågasig: när är det osannolikt att dessa smitt-

ämnen överförs genom befruktningen? Jag hoppas INF-ARG vill ta på sig att utreda frågeställningen och sätta ihop rekommendationer som kan användas av infertilitetsläkarna.

Lund i Januari

Pål Wölner-Hanssen
vetenskaplig sekreterare

REDAKTÖRENS RUTA

Nytt för i år angående medlemsbladet är att vi har lagt ut arbetet att iordningställa tidningen externt. Det betyder att alla förfrågningar och påpekanden angående medlemsbladet ska vändas direkt till redaktören. Det betyder också att vi kommer att vara än mer noggranna än tidigare att alla bidrag kommer in innan deadline för respektive nummer.

Följande tider gäller för medlemsbladet 2003:

<i>Nr</i>	<i>Deadline</i>	<i>Utkommer</i>
1/03	26/1	v 9
2/03	23/3	v 17
3/03	18/5	v 25
4/03	7/9	v 41
5/03	2/11	v 49

Manus skickas eller faxas till nedanstående adress.

Redaktör Inger Sundström-Poromaa

Motorbåtsvägen 20, 907 88 Täfteå

Telefon: 090-785 34 61 (dagtid) • Telefax: 090-77 39 05

E-post: inger.sundstrom@obgyn.umu.se

Adressändring skall göras till

Marie-Louise Schyberg • SFOG-Kansliet • Box 738 • 101 35 Stockholm

Nya medlemmar

Ali Ashournia, Odense
Nancy Bartsch, Tidán
Sigurlaug Benediktsdóttir, Dalby
Torgny Brisholt, Västra Frölunda
Petra Bygdevall, Bromma
Georgios Charonis, Skövde
Lotten Darlin Elf, Lund
Snorri Einarsson, Göteborg
Eva Enocon, Gällivare
Pa Foon, Karlstad
Dana Galle, Nässjö
Hemma Hegnauer, Bodö
Lotta Herling, Stockholm
Staffan Jannesson Billing, Ängelholm
Annika Kahnberg, Göteborg
Irina Ktsoeva, Västra Frölunda
Ann-Marie Lejon, Uppsala
Peter Lukas, Jönköping
Tatjana Malmkvist, Gävle
Lena Moeglin, Nacka
Amin Mofeda, Skärholmen
Ewa Måre, Linköping
Krzysztof Olezczuk, Mora
Maher Salaymeh, Helsingborg
Lana Salih, Västerås
Maria Sjöstrand, Stockholm
Sara Sundén-Cullberg, Huddinge
Pia Tegebäck Bååth, Motala.

OGU har fått en ny styrelseordförande!

Jag skulle vilja presentera mig i egenskap av ny ordförande i OGU. Jag har under 2002 varit ledamot i OGU:s styrelse och OGU:s representant i SFOG:s styrelse, så jag så smått hunnit lära känna organisationerna.

Jag jobbar som ST-läkare på kvinnokliniken i Uppsala sedan '99 med ett knappt års avbrott för att ta hand om min, nu tvååriga, dotter Alice. I skrivande stund är min kropp väldigt uppfylld av bebis nummer 2. Jag tror och hoppas att föräldraskapet och ordförandeskapet ska gå att kombinera.

Mitt första möte med OGU var som helt ny underläkare på Nationella konferensen i Karlstad 1999. Jag tyckte att det var ett bra möte, och inte minst var det väldigt roligt att träffa många likar från olika delar av landet. År 2000 var jag ansvarig för Nationella konferensen i Uppsala. Det var en utmaning att få ihop ett varierande program och att få ihop allt praktiskt runt omkring mötet. Från och med i år har vi bytt namn till OGU:s ST-dagar som vi tyckte lät slagkraftigt. Vi hade också fått kommentarer som att "Nationella konferensen, det trodde jag var något internt, fackligt möte". Det är det självklart inte, utan ett möte med bred medicinsk inriktning för underläkare på alla nivåer, och en ypperlig möjlighet att träffa andra och utbyta erfarenheter.

För att återkomma till att vara ny så tyckte jag att man alltför ofta mest hörde om hur jobbigt det var med jourer, stress etc. Vad ska man göra för att inte detta

Karin Stålberg
ordförande OGU
Kvinnokliniken, Uppsala

ska överskugga vår spännande och omväxlande specialitet? Jag har kommit att intressera mig för vad som påverkar valet av specialitet. Nyligen publicerades en studie (LT 1-2, 2003, Williamsson och Axelsson) där man frågat 176 läkarstudenter och AT-läkare vilka faktorer som är viktigast vid specialitetsvalet. I topp kom intressanta arbetsuppgifter och därefter arbetsmiljö, intressanta patienter och arbetstider. Om vi är överens om att vi har intressanta arbetsuppgifter och patienter, så måste det bero på de andra faktorerna att inte alla står i kö för att bli gynekologer? Jag har själv flera i min bekantskapskrets som länge velat jobba med obstetrik och gynekologi men i stället blev allmänläkare p.g.a. möjlighet till deltid och avsaknad av jourer. Jag tror inte att vi har råd att förlora dessa! Hur ska man då göra?

Vi har ju våra jourer, och dessa måste, i rimlighetens namn, även småbarnsföräldrarna vara med och dela på. Ja visst, men om man då får möjlighet att ta ut fortlöpande jourkomp i form av deltidsarbete (och ändå få varierande arbetsuppgifter)



så tror jag att man kan pussla ihop ett schema som passar de flesta. I SYLF:s ST-rapport 2001, som grundar sig på en enkät bland 380 underläkare, såg man att 46% anger intryck under AT som en viktig faktor vid specialitetsval. Här gäller det att vi ligger på och syns! Alla har möjlighet att göra en del av sin AT på en kvinnoklinik likväl som på t.ex. urologi. Ut och prata med AT-ansvariga inom landstingen och gör PR för oss!

Sist men inte minst gäller det förstås att ta hand om de underläkare man har. Hur man gör det kan inte sammanfattas på ett par meningar, men något som kostar lite och gör mycket för att man ska trivas med sin specialitet är att man får åka på möten.

Fler underläkare på SFOG:s årsmöten samt OGU:s ST-dagar!!

På återhörande



Framtida tillgång till uppdaterad kunskap

– är vi redo för ett paradigmskifte inom ARGUS-verksamheten?

Vad betyder ARGUS-verksamheten för professionens utveckling?

SFOG's Arbets- och Referens-Grupper har under mer än 30 års verksamhet utgjort en central del av professionens interna utveckling i Sverige. Man har lyckats fånga upp och allmänt tillgodogöra sig det högst levande intresse för en god mödrhälso- och kvinnosjukvård som en mångfald kolleger och andra intressenter inom och utom specialiteten, har haft och har. På ideell grund har man i samverkan synliggjort, värderat och sedermera publicerat och kommenterat 'tillgänglig' kunskap inom specialitetens olika delavsnitt.

De ARG-rapporter som hittills givits ut, nu 47 till antalet, har utgjort ett gott stöd och en värdefull handledning för det praktiskt kliniska arbetet inom svensk obstetrik och gynekologi. Det är ett ovärderligt arbete som nedlagts av alla dem som medverkat i AR-Gruppernas verksamhet genom åren.

Förr i världen bildade man olika kliniska "skolor"; var och en med bestämda åsikter om hur professionen skulle skötas. Åsikterna var inte sällan motstridiga. För en god utbildning erfordrades att man tillbringade viss tid vid ett flertal olika kliniker. Detta för att man skulle få den bredd och erfarenhet av alternativa lösningar på kliniska problem, som alltid varit eftersträvarvärd.

Modern elektronisk kommunikationsteknik har nu gjort det möjligt att ultrasnabbt få del av åtminstone all den publicerade "vetenskap" som globalt finnes tillgänglig i olika databaser. Någon mot-

Berndt Kjessler
ARGUS emer
medl Evidens-ARG
Nils-Otto Sjöberg
ARGUS agens
Kerstin Nilsson
ordf. Evidens-ARG
Annika Strandell
sekr. Evidens-ARG

svarande metod för att få del av all den "beprovade erfarenhet" som finnes parallellt, har dock ännu inte lanserats. Den långa serien av ARG-rapporter har emellertid representerat en gynnsam kombination av både "vetenskap och beprövad erfarenhet" av stort praktiskt värde.

Den nya tillgången till olika databaser har ökat kraven på att det vetenskapliga underlaget för vår professionella verksamhet skall vara mera komplett och systematiskt utvärderat, än vad man tidigare ansåg vara tillfyllest.

Ur dessa krav har målsättningen att vår verksamhet skall vara 'evidensbaserad' i så stor utsträckning som möjligt, växt fram. Detta kommer att ställa ökade krav på den enskilde yrkesutövaren, liksom varje enskild klinik, att städa vara rimligt kunskapsmässigt 'uppdaterad'.

Den nuvarande ARGUS-verksamheten har sin tyngdpunkt i framställande och utgivande av en serie ARG-rapporter. Varje rapport belyser ett enskilt delavsnitt inom specialiteten och består oftast av en serie kompletterande kapitel med infogade faktarutor. Rapporten i sin helhet har producerats och ingående och öppet

värderats inom den eller de AR-Grupper som står som 'ansvarig utgivare'. Detta sätt att arbeta har hitintills fungerat väl - men det har sina begränsningar.

Olika avsnitt inom en rapport erfordrar ofta olika lång tid för sitt fullbordande. När den kompletta rapporten väl är färdig för distribution finner man understundom att vissa tidigt färdigställda avsnitt inte längre är helt aktuella. – Den långa processtiden i kombination med snabb utveckling, har gjort dem delvis "övermogna". I den ibland olyckligt långa processtiden måste även det dryga redigeringsarbetet inför publiceringen inräknas.

För att nå ut till våra kunskaps-konsumenter har vi därtill varit beroende av en kostsam tryck- och spridningsprocess.

Den tryckta produkten är till sin natur att betrakta som en slags färskvara med ett "bäst-före-datum". När vetenskaplig eller legal utveckling inom något begränsat avsnitt gjort en snabb uppdatering önskvärd, stöter det ofta på betydande svårigheter att producera och distribuera olika "Appendix".

Sedan en rapport väl är publicerad – om än efter en aldrig så ingående och sakkunnig intern gruppgranskning och diskussion – så är det svårt att 'modifiera budskapet' inom rimlig tid. Det är då inte längre möjligt att taga hänsyn till värdefulla kompletterande synpunkter, som kan framkomma när rapporten läses av olika intressenter.

Det är sant att vi lever i en tid med ökade krav på individuellt engagemang i en mångfald såväl professionella som privata plikter, uppdrag och åtaganden. Man kan

därför förutse svårigheter att kontinuerligt kunna mobilisera all den ideella energi som krävs för att på nuvarande sätt kunna genomföra olika rapport-projekt. Detta trots det stora värdet och den stora uppskattning som rapporterna åtnjuter.

Finns det något alternativ?

Javisst! - Den moderna Internet-tekniken erbjuder exceptionellt goda villkor för att optimalt kunna utnyttja all den ideella kraft och det kunnande som faktiskt står oss till buds.

Vi skulle kunna inrikta oss på att kontinuerligt, på vår egen SFOG-webbsida: t ex under rubriken ”ARGUS-On-line”, publicera ’preprints’ av de ’gruppfärdiga’ delavsnitten inom ett komplett Rapport-projekt, så snart de enskilda avsnitten anses publikationsfärdiga. Inom ett till varje avsnitt ’länkat’ diskussionsutrymme skulle man sedan kunna ta emot kommentarer, diskussionsinlägg och eventuella förslag till modifikationer av avsnittet ifråga. Vid sammanställningen av slutrapporten, - som endast kommer att finnas på webben – tillkommer det AR-Gruppen själv (alternativt de för projektet gemensamt ansvariga Grupperna) att taga ställning till om och på vilka grunder originaltexten skulle vinna på att modifieras. På samma sätt tager ansvariga AR-Grupper alltid ställning till när och på vilka grunder tidigare publicerade avsnitt i någon rapport bör uppdateras.

Man skulle även kunna ordna en ’Fråga:Svar’-länk i anslutning till varje rapporterat ämnesavsnitt med kontinuerlig ’svarsbevakning’ - anordnad av AR-Gruppen själv. En sådan länk skulle sannolikt medföra uppbyggnad av en högst praktiskt värdefull problem- och kunskapsbank, som skulle kunna besökas av envar med aktuella frågeställningar. Även en dylik ’Fråga:Svar’-länk kan man tänka sig öppen för dialog och kompletterande synpunkter.

Framtidens ARG-rapporter, publicerade och uppdaterade på nätet, borde kunna utformas på ett sådant systematiskt sätt att de anknyter till de rekommendationer som f.n. gäller för evidensbaserade

analyser. De skulle därmed direkt kunna utgöra en grund för evidensbaserad medicinsk verksamhet.

Det är en internationell erfarenhet att praktiskt verksamma kliniker ofta upplever att man själv saknar tillräcklig personlig erfarenhet och kunskap, för att kritiskt kunna taga ställning till medicinsk information i olika skepnader. Det kan gälla kongress-abstrakt, originalartiklar eller industriinformation. Ofta anser man sig inte ha fått tillräcklig utbildning i de grundläggande metodologiska tankegångar och i den begreppsvärld som har genererat kunskapen (t ex i klinisk epidemiologi). Man kan också ha glömt en tidigare kunskap och finner det alltför omständligt att leta fram de gamla kunskapskällorna.

Varje publicerat avsnitt borde därför förses med uppgift om vilka metoder och begrepp som man bör vara orienterad inom, för att väl kunna tillgodogöra sig avsnittet ifråga. Samtidigt skulle varje avsnitt förses med länkar till respektive metoder och begrepp i en för alla ARG-rapporter gemensam ”Metod- och begreppsbank”. Denna bank kunde dels innehålla enkla sammanfattningar av begrepp och metoder – och dels erbjuda kommenterade förslag till fördjupad läsning. Genom att var och en intresserad på detta enkla sätt skulle kunna upprätthålla en basal personlig kompetens, skulle den generella förståelsen för vår professionella gärning sannolikt öka högst väsentligt.

Även ”Metod- och begreppsbanken” borde vara länkad till en ’Fråga:Svar-site’ där tolknings- och andra metodologiska problem kunde diskuteras av olika intressenter inom SFOG.

Vad är då fördelen med ’ARGUS – On-line’ ?

- All samlad och systematiskt värderad professionell kunskap skulle finnas omedelbart tillgänglig – överallt – för alla som behöver densamma!
- Den på detta sätt ’tillgängliga’ kunskapsmassan kan successivt byggas upp – och uppdateras – och under uppbyggnadstiden även omfatta mindre delar av större avsnitt.

- Systemet skulle ge möjlighet till stimulerande professionell interaktion genom förekomst av olika typer av ’Fråga:Svar’-länkar med möjlighet för debatt och förslag till innovationer.
- Systemet skulle ge möjlighet till kontinuerlig fortbildning – för alla – på alla nivåer – när man har tid, behov av och lust därför.
- Man skall självfallet ha sin fulla rätt att ’ladda ner’ och själv trycka ut de avsnitt man vill ha tillgängliga i pappersformat.
- Kunskapsbanken skulle kunna utgöra en dynamisk grund för den fortlöpande utvecklingen av riktlinjer för verksamheten

Finns det ytterligare visioner om den framtida kunskapsförmedlingen?

Med stöd av den successivt tillväxande kunskapsbanken ”ARGUS-On-line” skulle de grundutbildningsansvariga i riket gemensamt kunna utveckla och tillhandahålla olika kunskapsprogram med skilda grader av fördjupning (i stället för gammaldags läroböcker). Dessa program kunde vara anpassade för bl a läkarstuderande, barnmorskestuderande och alla övriga studerandekategorier som har behov av aktuella kunskaper inom obstetrik och gynekologi.

Ett sådant kunskapsmaterial skulle inte behöva belastas av otidsenliga värderingar eller föråldrade referenser. Det kunde direkt inriktas på en väl integrerad utbildning av framtidens vårdteam i samverkan och de skulle därtill kunna ge samhällets beslutsfattare realistiska underlag för mödrhälso- och kvinnosjukvårdens planerande.

- men ... Klarar vi verkligen av denna omfattande uppgift ...?

Svaret är JA! - med all rimlig sannolikhet!
- Hur så? –

Jo, därför –

- att vi redan nu inom grupperna utför allt det arbete som krävs för att uppfylla denna målsättning (och sannolikt mer därtill!) men f.n. på ett mindre systematiskt sätt

- att genom Evidens-ARG´s försorg skulle AR-Grupperna kunna få hjälp med den utbildning som behövs för att systematiskt söka och sammanställa den information som redan finns publicerad. AR-Grupperna kunde sedan (som hittills) granska det funna underlaget samt kommentera och värdera detsamma (ur svensk synvinkel). Varje publicerat avsnitt skulle avslutas med personligt färgade råd och anvisningar för praktiskt bruk i vår 'hemmamiljö' – dvs man skulle, liksom i dag, dela med sig av den ovärderliga ”beprovade erfarenhet” som annars är svårtillgänglig.
- att en stor del av det arbete och de ekonomiska resurser som vi i dag lägger ner på redigering, produktion och distribution av (förgängliga) pappersbundna produkter skulle kunna komma AR-Grupperna mera direkt till del som stöd för deras egentliga projektarbete.

*

**Vad tycker vi om denna vision?
– Vad vill SFOG´s medlemmar?
– Vad säger de som har
ansvaret för framtida samman-
ställning och spridning av vår
gemensamma professionella
kunskap – nämligen
AR-Grupperna själva och de
utbildningsansvariga i riket?**

Hör gärna av er – snarast! – till någon av oss undertecknade och/eller gör din mening hörd i detta Medlemsblad så att vi får ett fullgott underlag för ett realistiskt framtida vägval!

Frågan kommer att tagas upp till diskussion vid nästkommande Riks-ARG möte den 10 april 2003! Ta därför omgående upp en intern diskussion – särskilt inom AR-Grupperna förstås – men även ute på kliniker och andra arbetsplatser och förbered debatten! Det är viktigt att alla känner delaktighet!

ARGUS-verksamheten är omistlig för professionen – vi måste vårda den väl!

tycker...

berndt.kjessler@gyn.liu.se
nils-otto.sjoberg@obst.mas.lu.se
kerstin.nilsson@orebroll.se
s.strandell@medfak.gu.se

**Vad tycker du om
ARGUS-online?
Hör av dig till någon
av ovanstående eller
direkt till
Medlemsbladet.**

Referat från Svenska Läkaresällskapets Riksstämma

Årets läkarstämma gick av stapeln i Göteborg den 27-29 november. Som alltid när stämman utspelar sig i Göteborg är det trivsamt, gemytligt och överskådligt. Inte för att undertecknade på något sätt vill klaga på Älvsjöhallarna men vi måste ändå framhålla att vi var glada att slippa den dystra pendeltågsresan ut till Älvsjö detta år.

Som vanligt bjöds ett varierat program och framför allt är de symposier som spänner över angränsande specialiteter extra spännande. Dessutom kan man på läkarstämman få lite kulturell avkoppling; under vinjetten ”Konst och Läkekunst” kåserades kring döden på operascenen, mordet som skön läkekunst och dessutom bjöds musik av bla Tjajkovskij. Vi kan bara hoppas att liknande initiativ dyker upp på nästa års stämma för det är en lisa för själen att smita undan läkemedelsutställningen och njuta av kultur och musik.

Det som redovisas här är förstås bara ett axplock av alla de föreläsningar, symposier, sektionssymposier och gästföreläsningar som bjöds.

Intrauterin fosterdöd

Onsdagens eftermiddag bjöd på symposiet ”Kan incidensen av intrauterin fosterdöd minskas ytterligare?”. Svaret på denna fråga blev, efter 1,5 timmes avlyssnande, ett ja med tvekan. Olof Stefansson, Margareta Wennergren, Nikos Papadogiannakis samt Karel Marsal utsade med bravur publiken i detta ämne, skickligt dirigerade av moderator Karin Pettersson.

Efter inledning med definition (efter 28 v) och incidensbeskrivning (3,9/1000 födda barn) följde en genomgång av riskfaktorer. Ålder verkar vara en riskfaktor som ej kan förklaras av ökad förekomst av

Inger Sundström Poromaa
Kvinnokliniken, NUS
Ulrika Ottander
Kvinnokliniken, NUS
Liselott Andersson
Kvinnokliniken, Sunderby sjukhus

graviditetsrelaterade sjukdomar. Risken för IUFD fördubblas hos blivande mammor över 35 år. Beträffande paritet råder ett u-format samband, med ökad risk hos förstföderskor samt efter II-para eller mera. Rökning utgör en dos-responsberoende risk, med en genomsnittlig riskökning motsvarande 50%. Glädjande nog minskar rökning hos gravida i Sverige och kvinnor som slutat röka under första trimestern har ingen ökad risk för IUFD. Dessvärre ökar BMI och därmed också förekomsten av diabetes och preeklampsi. Man har sett att vid BMI över 30 ökar risken för IUFD 2,5 ggr. Vidare tycks antingen lågt eller högt Hb under tidig graviditet utgöra en enskild riskfaktor. Slutligen konstaterades att lågt socioekonomiskt status är en riskfaktor, troligen pga samvariation med andra faktorer såsom rökvanor, BMI, kroppslängd och ålder. Till denna grupp hör också en hel del icke-nordiska kvinnor. En kort genomgång av maternell sjukdom som riskfaktor följde därefter (diabetes, hypertoni, koagulationsstörning, SLE, metabola

syndromet). Man poängterade i det sammanhanget vikten av prekonceptionell rådgivning, graviditetsövervakning enligt specifika vårdprogram, team-samverkan och ”livsstilsinriktad hälsoinformation”.

Nikos Papadogiannakis bjöd oss en entusiasmerande föreläsning om patologens roll vid IUFD. Hans åsikt är att högkvalitativ perinatalpatologi kan bidra till ökad kunskap om etiologi och identifiering av tillstånd med upprepningsrisk och därmed minska incidensen av IUFD betydligt. Vi var nog alla böjda att hålla med, förutsatt att alla patologer är lika skickliga som Nikos.

Karel Marsal gav oss en orientering i graviditetsövervakning. Efter en systematisk genomgång av olika befintliga metoder konstaterades att det för närvarande inte finns någon effektiv metod för screening i en oselektiv population. Vi får i stället lägga resurserna på att identifiera riskgraviditeter samt screena för IUGR/SGA, som lär utgöra 2/3 av de med s k oförklarlig fosterdöd.

Massiv obstetrisk blödning

Temat för årets läkarstämma var akut sjukvård och då passade det förstås bra med ett symposium om massiv obstetrisk blödning, för få tillstånd kan väl mäta sig med detta i fråga om angelägenhet. Margareta Hellgren modererade detta

symposium som bjöd på en mängd olika aspekter på obstetriska blödningar. Margareta Nyman redogjorde för epidemiologi och klinik och påpekade intressant nog att placenta previa inte bara ökar med ålder och paritet utan också med tidigare sectio. Efter två tidigare sectio är risken för placenta previa 2% och efter tre genomgångna sectio är risken 3%. Vi kan alltså förvänta oss fler patienter med placenta previa i framtiden om sectiofrekvensen fortsätter att vara hög. Olika sätt att komma till rätta med obstetriska blödningar redovisades också. Lars Redvall berättade om sin erfarenhet av ballongtamponad vid Östra sjukhuset. Man har erfarenhet av 22 fall där man i samband med sectio, efter slutning av hysterotomin lägger in en ballong som fylls med omkring 1000 ml koksalt för att tamponera. Metoden har framför allt använts vid sectio i fall där man kan förvänta sig riklig blödning. Tomas Mätzsch, kärlkirurg var skeptisk till ligerering av arteria iliaca interna med hänvisning till förekomsten av kollateraler mellan vena/arteria ovarica och aorta, risken att förstöra kärl och risken för gluteal claudicatio vid bilateral ligatur. Bengt Andre från kvinnokliniken i Gävle redogjorde för deras erfarenhet av chockbyxan MAST (Military pneumatic AntiShock Trousers). Chockbyxan som pumpas upp till ett tryck om 25 mm Hg stoppar all blödning nedom njurartärerna och fördelar volymen till de övre delarna av kroppen. Detta ger god venfyllnad vilket möjliggör venösa infarter men framför allt ger behandlingen rådrum. Utifrån sin erfarenhet om ca 30 fall kunde han berätta att chockbyxan får sitta i 2-4 timmar, därefter lättar man försiktigt (!) på trycket och kontrollerar om blödningen fortsätter. I mer än hälften av fallen har det slutat blöda efter två timmar och resterande fall har handlagts med kärl-embolisering av arteria Uterina. Sedan rutinen infördes vid kvinnokliniken i Gävle har man inte gjort någon akut hysterektomi pga obstetrisk blödning. Chockbyxan har tyvärr delvis kommit i vanrykte hos anestesiloger på grund av att man haft en del bakslag vid traumafall.

Kontraindikationer till chockbyxan är kardiogen chock och thoraxtrauma men ingendera torde vara aktuell i förlossnings-salen. Slutligen, för att betona vikten av att vara förberedd, berättade Maria Widmark från Skaraborgs sjukhus om den vårdplan och den blödningsvagn som man tagit fram vid kliniken. Inte minst tanken med en speciell blödningsvagn imponerade; på vagnen fanns all tänkbar utrustning för svåra blödningar lätt tillgänglig och redo att använda.

Gynekologisk tumörkirurgi

Gunnar Silfverstolpe från TumörARG höll i symposiet om tumörkirurgi. Där redogjordes bland annat för den uppföljande enkät till landets alla kvinnokliniker rörande tumörkirurgin som gjordes 2001. Resultaten jämfördes med den första enkäten som gjordes 1993. Totalvolymen för den gynekologiska tumörkirurgin 2001 var omkring 2500 ingrepp, vilket var en antydd minskning jämfört med tidigare, framför allt pga att andelen palliativa ingrepp minskat. Antalet operatörer som opererade cervix och vulva cancer var oförändrat mellan de två mätillfällena men däremot hade ovarialcanceroperatörerna minskat från 250 till 150. Även andelen corpuscanceroperatörer hade minskat med 22% från ca 300 till 250. Björn Hagen från Trondheim redogjorde för en modell som syftade till att centralisera ovarialcancerkirurgin som utfallit på ett lyckat sätt. I hans region fanns ett regionsjukhus och sju lokala sjukhus. Med hjälp av ett "Risk of Malignancy Index" (RMI) sorterades patienterna för operation antingen vid det lokala sjukhuset eller vid regionsjukhuset. RMI baseras på ett antal ultraljudsparametrar, pre- eller postmenopausalt status och CA125 enligt en formel "ultraljudscoring x menopausscore x CA125". I kort-het beskrivs här hur poängsumman byggdes upp. Ultraljudsscoringen byggdes på 5 parametrar där förekomst av en enskild parameter gavs poängen 1 och avsaknad av densamma 0. Multipla cystor, solida partier, flera cystor, ascites samt förekomst av intraabdominella metastaser var de fem olika parametrarna som byggde upp ultra-

ljudsscoringen. 0 – 1 poäng gav en summa om 1 att användas i formeln och 2-5 poäng gav en summa om 2 poäng i den slutliga formeln. Premenopausala kvinnor fick 1 poäng och postmenopausala kvinnor 3 poäng. Alla kvinnor med RMI > 200 opererades vid regionsjukhuset. Slutsatsen av de 365 kvinnor som hittills opererats i programmet var att 92% av de benigna tumörerna blev rätt kategoriserade och opererade vid rätt instans. 53/75 cancer opererades vid rätt ställe vilket gav en sensitivitet för metoden om 70%. Vad han betonade, vilket är viktigt för optimalt operationsresultat, var att ALLA stadium III och IV tumörer blev opererade vid regionsjukhuset! Slutsatsen blev att det är möjligt att centralisera primärkirurgi för ovarialcancer och att resultaten talar för att kirurgi i goda händer ger bättre överlevnad, särskilt för stadium III och IV tumörer (Tingulstad et al, *Obstet Gynecol* 1999; 93:448-52).

Vid posterutställningen fanns ytterligare en del nyheter att inhämta. Liselott Andersson från Sunderbyns sjukhus redogjorde för att ca 14% av alla gravida kvinnor uppfyller kriterier för antigen (eller både och) depression och ångest och att dessa kvinnor har mer somatiska symptom än friska kontroller. Saloua Kouba, Karolinska sjukhuset, visade att gravida kvinnor med tidigare ätstörning (såväl anorexi som bulimi) har en ökad risk för tillväxthämning, minskad födelsevikt hos barnet och prematurbörd. Ingrid Bergström från Huddinge sjukhus rapporterade att man kan förebygga benförlust vid GnRH behandling med fysisk aktivitet. Abstrakten från de bästa föreläsningarna och post-rarna återges på sidan 12 i detta nummer av medlemsbladet. ■

Bästa föredrag och posters vid Svenska Läkaresällskapets riksstämma 2002

BÄSTA FÖREDRAG

Höga preoperativa tPA nivåer i plasma predikerar dålig postoperativ prognos hos kvinnor med ovarialcancer

Christer Borgfeldt1, Pär-Ola Bendahl2, Märten Fernö2, Bertil Caslen1. Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Lund1, Onkologiska Kliniken, Universitetssjukhuset i Lund2.

Bakgrund:

Plasminogenaktiveringssystemet medverkar vid cancerutveckling och metastasering. Frågeställningen var om koncentrationen av vävnadsplasminogenaktivatorn (tPA) i ett preoperativt blodprov kan diskriminera mellan godartad cysta och tidig ovarialcancer alternativt, fungera som markör för postoperativ prognos vid ovarialcancer.

Metod:

Vi analyserade tPA med ELISA i preoperativa plasmaprover hos 111 patienter med ovarialförändringar. Tumörernas histopatologi var benign (n=25), borderline (n=11), högt differentierad (G1, n=22), medelhögt differentierad (G2, n=11) och lågt differentierad cancer (G3, n=42). Cancerpatienternas uppföljningstid var median 5,6 år (range 2,1-13 år) och 37 dödsfall registrerades

Resultat:

Plasmakoncentrationen av tPA var signifikant högre hos kvinnor med medelhögt och lågt differentierad cancer än hos kvinnor med högt differentierad cancer

($p=0,004$ respektive $p=0,005$). Det var dock ingen skillnad mellan patienter med högt differentierad malignitet, borderline eller benigna cystor.

Multivariat överlevnadsanalys, inkluderande stadium, histologisk gradering, ålder och tPA dikotomiserat vid medianen (≥ 9 respektive < 9 ng/ml), visade att högt tPA-värde var förenat med signifikant kortare överlevnad HR=4.4 (95% KI 2,0-9,8; $p=0,0003$). Preoperativt plasma tPA var en lika stark oberoende prognostisk faktor som stadium (stadium 3 jämfört med stadium 1) HR=4.2 (95% KI 1,6-11; $p=0,003$).

Sammanfattning:

Preoperativt plasma tPA-värde kunde inte skilja mellan benigna och maligna ovarialcystor, men höga tPA-värden verkar vara en stark oberoende markör för dålig postoperativ prognos vid ovarialcancer. Stadium är idag den mest betydelsefulla prognostiska faktorn vid ovarialcancer men i framtiden kan tPA bidra vid ställningstagande till adjuvant kemoterapi.

HEDERSOMNÄMNDANDE FÖREDRAG:

Perinatalt utfall vid obehandlad nedsatt glukostolerans (IGT) under graviditet.

Ingrid Östlund1, Anders Björklund2, Ulf Hanson1,3, Ragnbild Hjertberg4,5, Eva Nord6, Marja-Liisa Swahn7, Jan Wager7.

Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Örebro1, Kvinnokliniken, Danderyds sjukhus, Stockholm2, Kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala3, Octaviakliniken, Stockholm4, Kvinnokliniken, Södersjukhuset, Stockholm5, Kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm6, Kvinnokliniken, Huddinge sjukhus, Stockholm7.

Bakgrund:

Graviditetsdiabetes (GDM) består av nedsatt glukostolerans (IGT) och manifest diabetes (DM) som diagnostiseras för första gången under graviditet. Värdet av att diagnostisera IGT har stark ifrågasatts av epidemiologer under senare år bl.a. för att kvinnor med GDM har en rad andra karakteristika utöver nedsatt glukostolerans som kan påverka det perinatala utfallet. Målsättningen med studien var att utvärdera om obehandlad IGT har en oberoende effekt på födelsevikt och neonatal sjuklighet.

Metod:

Fall-kontrollstudie. Fallen utgjordes av kvinnor med IGT (75-g-OGTT fastande B-glukos < 6.7 och 2 tim 9.0-11.0 mmol/l) och för varje fall valdes 4 kontroller från samma sjukhus. IGT betraktades som normalt utfall vid OGTT och föranledde ej behandling eller andra kontroller.

Resultat:

207 kvinnor med IGT och 787 kontroller ingår i denna preliminära analys. Kvinnor med IGT skiljde sig signifikant från kontrollgruppen genom högre BMI,

högre ålder, högre paritet, högre BMI, fler med kronisk hypertoni och fler med icke-nordiskt ursprung. Frekvensen prematuritet var signifikant högre i IGT-gruppen (11.3 % vs 5.2%). Andelen LGA-barn var 25.2% i IGT vs 4.4 % i kontrollgruppen (p<0.001). Erb's palsy (2.5 % vs 0.1%) och vård på barnklinik (20.1 % vs 7.9 %) var signifikant vanligare i IGT-gruppen. 70.4 % av barnen i IGT-gruppen och 86.7 % i kontrollgruppen uppvisade inga neonatala komplikationer.

Logistisk regression visade i IGT-gruppen efter korrektion för confounders risk för LGA (OR 5.3, 95%CI 3.1-8.9) och vård på barnklinik (OR 2.12, 95%CI 1.2-3.7).

Sammanfattning:

Kvinnor med IGT skiljer sig i en rad karakteristika signifikant från bakgrundspopulationen. IGT är associerad med en oberoende betydande ökning av frekvensen LGA-barn och ökad risk för vård på barnklinik. Drygt 2/3 av barnen i IGT-gruppen uppvisade å andra sidan inga symptom i neonatalperioden.

BÄSTA POSTER

Detektion av intrauterin tillväxthämning antenatalt

Johan Molin¹, Jan Laurin², Nils-Otto Sjöberg¹, Pelle Lindqvist¹
Institutionen för Obstetrik och Gynekologi, Malmö¹, Helsingborgs Lasarett AB²

Bakgrund:

Andelen tillväxthämmade foster som upptäcks antenatalt anses vara en kvalitetsindikator för förlossningsvården. Två modeller har jämförts. Den ena bygger på symfyfundus mätning, den andra på en andra rutinmässig ultraljudsundersökning efter 32:a graviditetsveckan

Metod:

Materialet bygger på utfallet vid cirka 36000 förlossningar. Både Malmö och Helsingborg använder en datorjournal (MacOBSTETRIK), där ultraljudsundersökningarna är integrerade

med uppgifter om förlossningsutfall. Detta möjliggör att rutinmässigt utvärdera kvaliteten på fetometriundersökningarna. Vid kvinnokliniken i Helsingborg används en rutinmässig ultraljudsundersökning under graviditet (vid 18:de graviditetsveckan), medan vid kvinnokliniken i Malmö görs även en andra ultraljudsundersökning vid 32:a graviditetsveckan som rutin.

Resultat:

På båda orterna utfördes i genomsnitt 2.3 ultraljudsundersökningar per graviditet. Trots detta identifierades i genomsnitt 75% av tillväxthämningarna antenatalt i malmö, jämfört med 45% i Helsingborg

Sammanfattning:

En andra planerad screeningultraljudsundersökning ger högre detektionsfrekvens av tillväxthämning antenatalt, utan att öka antalet ultraljudsundersökningar per graviditet.

HEDERSOMNÄMNDANDE POSTER:

Könsstympning vanligare bland svenska kvinnor än bland somaliska i Sverige?

Sara Jonsdotter¹, Birgitta Essén²
Avdelningen för socialantropologi, Lunds Universitet¹, Institutionen för obstetrik och gynekologi, Universitetssjukhuset MAS².

Bakgrund:

Lagen mot kvinnlig könsstympning lyder: "Ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympa eller åstadkomma andra bestående förändringar av dem får inte utföras oavsett om samtycke har lämnats eller inte" (1998:316 §1).

Metod:

Det empiriska materialet har samlats in under ett fältarbete som Rosengård, Malmö (Johnsdotter), djupintervjuer med somaliska barnaföderskor (Essén et al, BJOG, 2000;107:1507-12), somaliska familjer boende i Malmö (Johnsdotter et al. 2000), samt analys av dokumentären "De glömda flickorna", Dokument Inifrån, SVT.

Mackie's (1996, 2000) teoretiska modell som visar att "djupt rotade" traditioner kan överges på kort tid, samt Goode & Ben-Yehuda's (1995) teorier om "moral panic" har legat till grund för analyserna.

Resultat:

En slutsats som dras i studien är att somalier i allmänhet upphör med kvinnlig omskärelse i svensk exil, inte minst på grund av en omvärdering av hur islam bör tolkas i denna fråga. Studien pekar mot att det finns ett brett och välgrundat motstånd mot könsstympning och att praktiken generellt upphör bland svensksomaliska familjer. Studien belyser att det samtidigt pågår en offentlig diskussion i Sverige, främst i massmedia, som hävdar att kvinnlig omskärelse upprätthålls i stor skala bland somalier - trots att det saknas bekräftade fall av olaglig kvinnlig omskärelse. Varken professionen eller massmedia har i ett legalt perspektiv tagit upp frågan om de ingrepp som sker på svenska kvinnor av plastikkirurger (t ex borttagande eller förminskning av blygdläpparna, vaginal introitusförnävning). En stor andel av dessa ingrepp är troligtvis inte medicinskt motiverade och bör därmed falla under lagen mot könsstympning.

Sammanfattning:

Studien pekar på att vi har en lag som riktar sig till afrikanska grupper, men inte omfattar icke-afrikaner i det svenska samhället. På vilket sätt ska läkare i framtiden bemöta kvinnor som önskar vulvo-vaginala operationer, oberoende av etnisk bakgrund? ■

Minimikrav för examensarbete inom ramen för frivillig specialistexamen i obstetrik och gynekologi

Målsättningen är att visa förmåga på självständigt arbete med skriftlig och muntlig presentation. Examensarbetet kan vara detsamma som det obligatoriska fördjupningsarbetet inom ramen för ST-planen.

1. En formell handledare ska medverka vid planering och bedömning av examensarbetet. Även ST-handledaren bör medverka på ett tidigt stadium.
2. Examensarbetet kan vara ett vetenskapligt arbete, en litteraturstudie, PM författat enligt evidensbaserade principer eller kvalitetsvärdering av ett begränsat område. Arbetet kan vara såväl prekliniskt som kliniskt men applicerbart inom obstetrik och gynekologi.
3. Arbetet ska ha utförts i nära tidsanknytning till specialistutbildningen inom obstetrik och gynekologi.
4. Arbetet ska till största del ha utförts av examinandan.
5. Arbetet kan skrivas på såväl svenska som engelska.
6. Oavsett typen av examensarbete rekommenderas följande form för skriftlig framställning:
Titel: Detta ska motsvara det arbetet handlar om.
Introduktion eller bakgrund till det planerade arbetet: Relation till tidigare forskning.
Målsättning med arbetet: Kortfattat om frågeställning eller syfte.
Material: Vad baserar sig studien eller källuppgifterna på?

Birgitta Essén

För SFOG:s Utbildningsnämnd
Kvinnokliniken, Malmö

Metod: Beskrivning av studiens design eller hur examensarbetet har genomförts.

Resultat: Sträva efter en objektiv framställning. Eventuell framställning av resultatet i tabeller och diagram och då behöver inte detta resultat upprepas i text. Här är viktigt att gå tillbaka till frågeställningen så att man endast beskriver det som är planerat i målsättningen.

Diskussion: Subjektiv tolkning av svaren eller kritisk reflektion av litteraturstudier. Här är det viktigt med handledning, att diskutera kritiskt även den metod man har valt och eventuella felkällor. Egna fynd jämföres med fynd från tidigare studier.

Konklusion: Kort och koncist beskrivs de viktigaste fynden och en kort slutsats. Eventuella framtida rekommendationer av resultaten.

7. Referenser bör beskrivas enligt Vancouvergruppen (se t ex nordisk Medicin 97:2).
8. Examinationens bedömningsgrunder och exempel på frågor.
Den muntliga examen utgående från

fördjupningsarbetet syftar till att bedöma följande kvaliteter:

Förmåga att identifiera och sammanfatta det relevanta i arbetet.

Förmåga att se sjukvårdsmässiga konsekvenser och möjligheter.

Förmåga att analysera bakomliggande generella mekanismer.

Förmåga att se etiska, samhälleliga och samhällsekonomiska konsekvenser av arbetet.

Förmåga att se vetenskapligt kritiskt och granskande på arbetet.

Organisation av examinationen 4-5 st ST-läkare examineras samtidigt av två lärare; i framtiden eventuellt en teoretiker och en kliniker. Tidsåtgång ca 45 minuter per genomgången arbete och 20-30 minuters paus bör läggas in vid lämpligt tillfälle.

Varje enskild ST_läkare examineras på tre av de andra ST-läkarnas fördjupningsarbeten – dock ej på sitt eget. Man är enbart ”resursperson” på sitt eget arbete. Examinatorerna bör ej ha varit handledare på något av de arbeten som ingår i förhöret. I god tid innan tentamen erhåller såväl lärare som den blivande specialisten de arbeten som ingår för att kunna studera dessa. Det är tillåtet (och tillrådligt) att ta med anteckningar om fördjupningsarbetena till tentamen.

Exempel på frågor:

Frågorna exemplifierar på vilken nivå examinationen bör utföras. Det betyder inte att alla frågor kommer att beröras. Examinatorerna avgör i varje enskilt fall när de fått en tillräcklig uppfattning av de kvaliteter som skall bedömas.

Allmänt om studiens uppläggning:

Varför gjordes arbetet? Vad ville man uppnå?

Kan frågeställningen besvaras med den design som valts?

Forskningsmetodiska frågor:

Finns det överensstämmelse mellan frågeställning och konklusion?

Vilka metodologiska problem ser Du i arbetet?

Vilka felkällor finns? Kan Du t ex se andra möjligheter att statistiskt analysera arbetet? Vilka fördelar skulle detta innebära? Skulle Du ha gjort arbetet på ett annat sätt?

I så fall, varför och hur? Skulle resultaten ha blivit annorlunda med en annan population? Ett annat kön? Annan åldersgrupp? Annat land? I så fall, varför?

Sjukvårdsmässiga överväganden:

Vilka sjukvårdsmässiga och samhälleliga konsekvenser kan DU se av arbetet? Är de sjukvårdsmässiga konsekvenserna realistiska att utveckla? Vid specialistklinik? Universitetsklinik? Inom primärvården? Nationellt i i-land respektive u-land?

Vilka sjukvårdsekonomiska konsekvenser kan arbetet tänkas ha?

Vilka möjligheter tillsamverkan mellan olika vårdyrken, d v s integration mellan vårdyrken, i relation till det aktuella arbetet kan Du se?

Etiska överväganden:

Kan Du identifiera några etiska problem kring arbetet och dess konsekvenser?

Kunskapsmässiga förklaringar:

Kan Du spekulera i de mekanismer som kan tänkas förklara resultaten? Biokemiska, fysiologiska, psykologiska, sociala, samhälleliga etc.

Kriterier för bedömning:

Till hjälp för bedömningen av tentamensdeltagarnas kvaliteter/kunskaper används en visuell analog skala. Varje del, d v s de kvaliteter som är listade under punkten ”examinationens bedömningsgrunder”, bedöms var för sig på en separat delskala. Därefter gör examinatorerna en sammanfattande bedömning, godkänd eller icke godkänd.

9. Till slut ett tips: *Börja i god tid!*



Abort som en Reproduktiv Rättighet

– angår det oss i Sverige?

Är det någon som minns gynekologföreningens möte för 30 år sedan då Gunnar af Geijerstam blev utbuad när han försvarade abortutredningens förslag ”Rätten till abort”? Mötet följdes av heta diskussioner och ett intensivt remissarbete i det som då hette Svensk Gynekologisk Förening. Något som slutligen resulterade i ett försiktigt stöd även från gynekologhåll för det lagförslag som antogs 1974 och gav kvinnor rätt att få en abort utförd om de själva önskade. Idag väcker abortfrågan inga stormar vare sig i samhällsdebatten eller i SFOG, FARG eller POSARG! I kvinnosjukvården är aborterna rutinärenden, som genomförs säkert och effektivt. Visst finns det skiftande uppfattningar om abort men de flesta ställer ändå upp på den abortlag vi har, och principen att kvinnan själv ska bestämma är allmänt accepterad.

Vi tycks vara ganska tillfreds med eller i varje fall tysta om abortsituationen här hemma, men vi behöver inte gå långt utanför våra gränser för att finna kvinnor som riskerar liv och hälsa genom illegala aborter antingen för att lagarna är stränga eller för att abortvården är undermålig eller obefintlig. Anständig vård vid abort är en bristvara i världen idag – och värre blir det!

I Sverige reflekterar vi inte över att vi sedan länge har en väl fungerande reproduktiv hälso- och sjukvård där säkra aborter ingår som en självklarhet. Jag tycker att vi inom kvinnosjukvården – som vet vad ”Rätten till abort” betytt för svenska kvinnors hälsa och självständighet – borde diskutera och driva frågan om abort som en reproduktiv rättighet, här hemma och internationellt.

Tre områden är särskilt angelägna.

Kajsa Sundström

1. Internationellt

Deklarationerna från FN-konferensen i Kairo 1994 om kvinnors rätt till en allsidig reproduktiv hälsovård, inklusive vård vid abort har fått ett blygsamt genomslag. Istället har mödradödligheten i fattiga länder ökat och abortmotståndet har skärps. År 2000 beslöt Bush att frysa bistånd till andra länders hälsovårdsprogram såvida de inte avstår från att syssla med aborter. Nu inför 10-års uppföljning av Kairo förkastar USA det tidigare godkända aktionsprogrammet och vill stryka allt som rör reproduktiv hälsovård, reproduktiva rättigheter, sexuell hälsa och givetvis rätten till vård vid abort.

Som jag ser det är det meningslöst att argumentera om ordalydelsen i deklARATIONER som man inte efterlevt hittills och nu vill tunna ut ytterligare. Istället för att gräla med USA-representanterna på de stora internationella konferenserna, borde Sida och biståndsorgan i övriga nordiska länder lägga sina resurser på konkreta projekt för att öka tillgången till säker vård såväl vid illegala som legala aborter.

En sådan satsning var en internationell konferens i Sydafrika i december 2001 delvis organiserad av IHCAR, Karolinska Institutet och med stöd av bl.a. Sida. Deltagare från länder i Afrika och Asien utbytte erfarenheter och utvecklade strategier för att ge kvinnor tillgång till vård vid abort enligt deras behov och lagliga rätt. Främst handlade det om att öka tillgängligheten genom att utbilda och engagera också annan personal än läkare, som barnmorskor, sjuksköterskor, och medicinska



assistenter. Medicinska aborter utförda av barnmorskor diskuterades livligt som en möjlighet att förenkla abortvården såväl i u-land som i Sverige och USA.

Vid konferensen bildade deltagarna ett nätverk www.ipasihcar.net/expacc för att med stöd från Sida och andra nordiska biståndsorganisationer planera och genomföra utbildnings- och vårdprojekt. I detta arbete finns stort behov av svenska gynekologer och barnmorskor, intresserade av internationellt arbete med inriktning på tillgänglig och säker vård vid abort.

2. Europa

EU-länderna är splittrade i abortfrågan och lagstiftningen varierar. Få länder har abort som en ovillkorlig rätt för kvinnan – trots att flera resolutioner (1996 och 1998) rekommenderat medlemsstaterna ”att legalisera aborter enligt principen att det måste vara kvinnan själv som tar det slutliga beslutet”.

Vid utvidgningen av EU kommer det att bli värre. I Polen vill abortmotståndare med kyrkan som pådrivare försäkra sig om att Polen får behålla sitt abortförbud vid inträde i EU. Det är viktigt att väcka opinion om detta i Sverige och tillsammans med likasinnade i Danmark, Finland och Holland arbeta för att abort ses som en reproduktiv rättighet inom EU. Vad beträffar Polen borde vi – av historiska skäl – stå beredda att ge bra sjukvård till kvinnor som söker sig till Sverige för abort.

Det finns grupper inom EU som arbetar för detta, t.ex. Women on Waves www.womenonwaves.org i Holland som vill erbjuda rådgivning och säkra aborter till kvinnor i länder med stränga abortlagar. FIAPAC, www.fiapac.com en organisation med säte i Paris samlar läkare och annan sjukvårdspersonal för att öka tillgänglighet och kvalitet på aborter i olika europeiska länder. Varför inte en svensk systerorganisation? För abort som en reproduktiv rättighet och för europeiska kvinnors tillgång till säker abort som en del av reproduktiv hälso- och sjukvård.

3. I Sverige finns också saker att göra

Socialstyrelsen arbetar med nya föreskrifter för abortverksamheten. Någon ändring av lagen är inte aktuell, men det finns två frågor där det är viktigt att klargöra hur lagen ska tillämpas för att tillförsäkra kvinnor en vård av god kvalitet.

Medicinska aborter blir allt vanligare och det är angeläget att förenkla förfarandet och korta väntetiderna för tidiga aborter. Medicinska aborter kan med fördel ske på en öppen mottagning, på vårdcentral eller privattmottagning, och så småningom kanske i hemmet. Vi behöver diskutera arbetsfördelningen barnmorska/läkare. Kanske är det dags att – som i början med p-piller – delegera förskrivning och administration av abortmedlen till barnmorskan, som sen ger stöd och rådgivning under processen och vid efterkontrollen.

Se också debattartikeln ”Barnmorskans roll för bättre abortvård – erfarenheter från rika och fattiga länder” Läkartidningen 2002; 99:2186-89.

Utländska medborgare som söker abort i Sverige blir kanske resultat av skärpta lagar i Europa. Vi måste utveckla rutiner för ansökning och definiera vad som ingår i ”särskilda skäl” för att Socialstyrelsen ska ge sitt tillstånd.

Slutligen

Varför inte en Arbets- och Referensgrupp för ARG för att främja och utveckla arbetsätt och innehåll i en allsidig reproduktiv hälso- och sjukvård. Samt ta upp frågor om innebörden av reproduktiva rättigheter i olika samhällen och kulturer.

Är du intresserad av ARR – Abort som en Reproduktiv Rättighet? Vill du ha kontakt med andra, vill du göra något själv eller bara höra vad som händer?

Sänd ett mail till kajsu@kvinnoforum.se Ange som subject: ARR. Jag skickar frågor vidare och berättar om förslag, initiativ och aktiviteter. ■

Lyssna på Soranos!

Som förlossningsläkare rimmar det illa att börja sitt föredrag med redan de gamla grekerna. Däremot låter det sig väl inledas med redan de gamla romarna. Nu kan även vi latin-illitterata gå till källan! Sylvia Törnkvist och Ingrid Ursing har mycket förtjänstfullt översatt Soranos Kvinnolära – Om graviditet, förlossningskonst, spädbarnsvård och kvinnosjukdomar (Paul Åströms förlag, 2001).

Soranos från Ephesos, studerade i Alexandria, verkade under Trajanus och Hadrianus och dog omkring år 129 efter Kristus. Han anses vara antikens främsta gynekolog och obstetriker. Hans lärobok är en klassiker.

Sanningens minut om läroböckers värde kommer när man byter tjänsterum med färre hyllmeter, med internet blir lädorna allt lättare. Tala om shelf-life - ordvändningar och råd från Soranos återfinns i Johan von Hoorns Den svenska wälöfvade jordgumman från år 1697, och försvarar sin plats i hyllan år 2003!

Måhända därför att förlossningskonsten är den mest praktiska av medicinska vetenskaper har en obstetriker 70 generationer före vår tid något att säga oss. Läroboken kan inte illustrera bättre obstetrikerens tudelade villkor. Soranos talar om betydelsen att stödja barnaföderskan, att stå bredvid och inte ingripa i otid och att se till kvinnans och barnets hälsa. Å andra sidan framträder också komplikationerna med svåra förlossningar, barnsängsfeber, kallbrand, kroker, fosterstyckning, rädda kvinnan före barnet.

Soranos om normal förlossning

Vid läsning av Soranos råd inför normalförlossningen kommer man osökt att tänka på en somalisk barnaföderska på en svensk förlossningsavdelning, hennes förundran och rädsla när barnmorskan lämnade henne ensam på salen och bad henne ringa när hon behövde.

”Inför en normal förlossning bör man ha till hands olja, varmt vatten, varma omslag, mjuka svampar, ylle, bindlar, en

Ulf Högberg
Kvinnokliniken
Norrlands universitetssjukhus

kudde, något som luktar gott, en barnmorskestol, med eller utan karmar, två sängar och ett lämpligt rum. Smärtorna bör man lindra, först genom att beröra kvinnan med varma händer och därpå bör man lägga mjukt tyg, fuktat med mild och varm olja nertill buken och skötet. Tre kvinnor bör vara med för att hjälpa till att lugna barnaföderskan med uppmuntrande tal, även de som inte själva fött barn. Två av dem skall stå, en på vardera sidan om henne, och den tredje bakom för att stödja henne. Vidare skall barnmorskan, sedan hon klätt sig i skyddskläder från topp till tå, sätta sig mitt emot den födande... bra att barnmorskan kan se den födandes ansikte, då hon skall skingra hennes rädsla genom att tala om för henne att ingen fara är på färde. Barnmorskan bör undvika att ständigt fixera blicken vid kvinnans könsdelar, för att föderskan inte skall spänna kroppen på grund av blygsel. Barnmorskan bör utvidga livmodermunnen och blygdläpparna medelst cirkelrörelser med ett finger”.

Soranos om dystoci och puerperalepsis

”Orsaken till dystoci finns dels hos den födande, dels hos barnet och dels i passagen som födandet sker igenom. Den psykiska kraften påverkas. När kvinnan känner sorg, glädje, fruktan, skräck, svaghet eller vrede. Orsaker som beror av den

kroppsliga oförmågan kan vara följande: dålig matsmältning, aptitlöshet, undernäring, andnöd eller hysterisk andnöd. Beträffande orsaker hos fostret, så kan det vara storleken på hela fostret eller någon del av det eller därför att fostret ligger fel. När det är passagen som orsakar dystoci, beror det på att livmodermunnen är för trång eller för liten eller att livmoderhalsen är för trång. Småväxta kvinnor har med sin ringa kroppsstorlek motsvarande liten livmoder, liksom övriga kroppsdelar är små. Vid en svår förlossning bör läkaren diskutera med barnmorskan om det beror på sorg eller rädsla så bör man först försöka ge lindring och avslappning och inte genast gripa till kirurgi. Om fosterhinnan inte vill brista, skall man perforera den med något vasst föremål. Om fostret ligger på något onormalt sätt, skall man rätta dess läge. Om fostret därtill sträcker fram en hand, skall man inte gripa den och dra. Om fostret inte följer med vid utdragning med händerna, på grund av att det är för stort eller har dött eller därför att det på något sätt har fastnat, måste man taga till kraftiga åtgärder, nämligen antingen draga ut det med krok eller stycka det. Ty även om barnet går förlorat, skall man försöka rädda barnaföderskan. Därför måste man varna för risken med följsjukdomar, såsom barnsängsfeber och sympatetiska nervskador. Det kan bli farliga inflammationer och framförallt om det blir kallbrand finns det föga hopp. Om kvinnan insjuknar under förlossningen, så märker vi att hon svävar i fara genom att vi observerar pulsen och andningen, och om har omkommit märks det av att pulsen har upphört.”

”Livmoderinflektion kan börja på många olika sätt missfall eller svår förlösning. De vanligaste förekommande tecknen är feber, smärta och skakningar i de sjuka delarna, svullnad och hetta i underlivet värk i ländrygg, sidorna, underlivet, ljumskarna, låren, frossbrytningar, dom-

ningar i benen och kalla knän, svettning, svag men snabb puls, illamående, svimningar, svårigheter att urinera, yra gnissla och få krampor”

Låter det inte som en obstetrisk verklighet hämtad från ett afrikanskt sjukhus idag? Må vara att vi i Sverige lever i den

bästa av obstetrikens världar, men ännu är värkrubbning ett gissel och vad Soranos kallade skräck, vrede, hysterisk andnöd diagnostiseras idag som PTSD eller somatoform dissociation, och lyskraften av lindring och stöd som Soranos förespråkade består. ■

Att skriva ”ni” eller ”Ni”

Om man inte har något annat att anmärka på kan man, om man har en sådan läggning, alltid klaga på hur svenska språket används.

Som tidigare redaktör för Medlemsbladet har jag ofta noterat att det i artiklar riktade till medlemmarna står ”Ni” och ”Er” istället för ”ni” och ”er”, som är det som Svenska språknämnden rekommenderar.

I språknämndens skrivregler, s 94, punkt 128 står så här:

Vid tilltal till en person: skriv alltid du med liten bokstav och alltid Ni med stor bokstav.

Vid tilltal till flera personer: skriv ni med liten bokstav i de fall man skulle tilltala var och en med du och skriv Ni med stor bokstav om man skulle tilltala var och en med Ni.

Jag misstänker att skribenten vill uttrycka sin aktning för läsarna genom att skriva ”Ni” och det är ju sympatiskt (och

Bo Lindberg

mycket motiverat i och för sig), men ändå för det mina tankar till pluralis majestatis som emellertid bara används i första personen. Pluralis majestatis (ibland pluralis majestätis) kallas det fenomen att kungen förr använde vi istället för jag när han talade om sig själv. Ett exempel från lagboken är Konglig Maj:ts stadfästelse å 1734 års Lag:

Wi FREIDRICH med Guds Nåde, Sweriges, Götes och Wendes Konung. Etc. etc. Landt-Grefwe till Hessen, etc. etc. Göre weterligt, ehuruwäl Wåre Höglöflige Företrädare

Orsaken till att kungen, närmare bestämt statsöverhuvudet, omnämns i plural är att han är två personer, dels är han staten och dels sig själv. Det gäller emellertid bara kungen, det är därför inte korrekt att skriva: Vi (dvs Bo Lindberg) tycker att det ska vara liten bokstav i ”ni” när det gäller föreningens medlemmar, för visst är väl ordföranden och andra i styrelsen du med oss?

För SFOG har kvaliteten alltid varit en ledstjärna och då tycker jag att det även bör gälla språket i Medlemsbladet. ■

Instruktioner till författare:

Det är av stor vikt och underlättning för arbetet med medlemsbladet om manus skickas via e-post eller på diskett. Följande regler underlättar processen.

1. Vi kan ta emot följande filformat: rtf, Word 7.0 eller äldre version (både Mac och PC), Pagemaker 6.5 (OBS! Dessa ska vara zip-pade, skicka ej PDF filer).
2. Skicka manuskript direkt till redaktören via e-post inger.sundstrom@obgyn.umu.se eller på diskett till adress: Inger Sundström, Kvinnokliniken, Norrlands Universitets sjukhus, 901 85 Umeå.
3. Gör inga egna avstävningar utan låt texten flöda över automatiskt till nästa rad (detta gäller vare sig om ordbehandlingsprogram har avstavningsprogram eller inte).

4. Gör en blankrad mellan varje nytt stycke.
5. Använd programmets tabuleringsfunktion eller tabellfunktion vid inskrivning av tabeller, inte mellanslagstangenten.
6. Använd inte egen design i texten i form av ovanliga typsnitt, understrykningar, fetstil eller dylikt. Det medför ett avsevärt arbete att leta efter dolda koder i texten. Ange hellre i ett medföljande dokument hur typografin önskas utformad.
7. Kom ihåg att skicka med logotyper och bilder som egna bildfiler. Bildfiler bör ha en upplösning på mer än 300 dpi för att göra sig bra i tryck. De flesta typer av bildformat kan tas emot. De vanligaste bildformaten som används i tidningen är jpeg eller eps.

Aspects of Gestational Diabetes Screening System, Maternal and Fetal Complications

Bakgrund

Graviditetsdiabetes (GDM) definieras som nedsatt sockertolerans som för första gången upptäcks i samband med graviditet. Det är dock ingen sjukdom i sig utan huvudsakligen ett symptomlöst tillstånd där behandlingen avgörs av laboratoriefynd. Allmän screening för graviditetsdiabetes har ifrågasatts, eftersom den inte uppfyller de etiska principerna för screening: problemet måste vara vanligt förekommande eller konsekvenserna så allvarliga att man kan motivera screening. Testmetoderna ska också ha hög sensitivitet och specificitet samt accepteras av målgruppen. Det ska dessutom finnas en behandling som gynnsamt påverkar förloppet. Slutligen ska kostnaderna vara rimliga i förhållande till de vinster man uppnår med screening.

Syfte

Studierna syftade till att bestämma förekomsten av GDM i termer av nedsatt glukostolerans (IGT) och manifest diabetes (DM); att utvärdera olika screeningprogram med traditionella riskfaktorer och upprepad slumpmässig blodsockerbestämning; att bestämma huruvida GDM ökar risken för preeclampsia; att bestämma om IGT, ifall den lämnas obehandlad, ökar risken för komplikationer hos mamma och barn.

Material, metod och resultat

Under två år erbjöds alla gravida kvinnor utan diabetes i Örebro län att genomgå peroral glukosbelastning (OGTT). Av dessa accepterade 73.5% (n= 3 616) att

Ingrid Östlund

Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet och Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset Örebro

undersökas. GDM diagnosticerades hos 1.7%; IGT fanns hos 1.3% medan 0.4% hade DM. Traditionell riskfaktor som förstgradssläkting med diabetes, övervikt (90 kg), tidigare stort barn (4 500 g eller + 2 SD) eller tidigare GDM fanns hos 15.8% av kvinnorna. Ett selektivt screeningprogram utifrån dessa faktorer

skulle ha upptäckt knappt hälften av kvinnor med GDM och nästan två tredjedelar av kvinnor med manifest diabetes. Ingen selektiv eller allmän screening med slumpmässigt blodsocker hade upptäckt alla fall av GDM. En screeningmodell med tidigare GDM, tidigare stort barn eller ett slumpmässigt blodsocker 8.0 mmol/l som indikation för OGTT hade upptäckt alla kvinnor med manifest diabetes och knappt hälften (44.7%) av kvinnor med IGT. Ett sådant program hade inneburit att endast 7.8% av kvinnorna behövt göra OGTT (Tabell 1).

Tabell 1

Screening models for GDM. Their prevalence (number and rate in the population) and their sensitivities for GDM, IGT and DM are given. Total population n=3,616.

	Prevalence n (%)	Sensitivity GDM n (%)	Sensitivity IGT n (%)	Sensitivity DM n (%)
Traditional risk factor	573 (15.8)	29/61 (47.5)	20/47 (42.6)	9/14 (64.3)
Traditional risk factor or R. B-glucose 7.0	936 (25.9)	45/61 (73.8)	31/47 (66.0)	14/14 (100)
Traditional risk factor or R. B-glucose 8.0	673 (18.6)	42/61 (68.9)	28/47 (59.6)	14/14 (100)
R. B-glucose 8.0	137 (3.8)	29/61 (47.5)	18/47 (38.3)	11/14 (78.6)
Prior LGA or Prior GDM or R. B-glucose 8.0	263 (7.3)	35/61 (57.4)	21/47 (44.7)	14/14 (100)

Traditional risk factor =Heredity, obesity, prior GDM, prior LGA/macrosomic infant; R. B-glucose=Random blood glucose.

Det medicinska födelseregistret 1992-96 användes för att utvärdera GDM som riskfaktor för preeclampsia oberoende av andra faktorer. I analysen ingick 430 852 enkelbörder. GDM var registrerat hos 0.8% och preeclampsia hos 2.9%. Analysen visade att det finns ett oberoende samband mellan GDM och preeclampsia. Övervikt är en stark bidragande faktor men kan inte helt förklara den ökade risken för preeclampsia hos kvinnor med GDM.

I en prospektiv, populationsbaserad fall-kontrollstudie i Örebro län och Stockholm identifierades 213 gravida kvinnor med IGT som lämnades utan behandling. Kontrollgruppen valdes från respektive kliniks förlossningsliggare eller inskrivningsregister. Kvinnor med nedsatt, obe-

handlad IGT under graviditet hade en högre risk för kejsarsnitt och prematur förlösning. Barnen hade en stark, oberoende risk för att vara stora för tiden (LGA) (Tabell 2 och 3). Även om allvarlig komplikation är sällsynt, fanns en ökad risk för vård på barnklinik. Av barnen hade 71.3% inte någon komplikation, jämfört med 87.3% bland barnen i kontrollgruppen. För att bestämma om behandlingen har effekt när IGT diagnosticeras under graviditeten, fordras en randomiserad studie.

Sannolikt kommer forskningsresultaten att påverka screeningsprogrammets framtida utformning och visa på behovet av ytterligare studier för att utvärdera värdet av att behandla lindriga fall av graviditetsdiabetes. ■



Ingrid Östlund

Avhandlingens sammanfattning finns på
<http://publications.uu.se/theses/91-554-5511-5/>

Tabell 2

Neonatal characteristics of the offspring of women with untreated IGT, controls and the group with treated GDM/DM.

	Controls n=810	Untreated IGT n=211	Controls/IGT P	GDM/DM n=116
Gestational age (weeks)	39.2±1.9	38.6±1.8	<0.001	38.3±1.9
Prematurity < 37 w	5.4%	11.4%	0.005	13.9%
Birth weight (g)	3516±571	3799±657	<0.001	3733±681
Macrosomic 4000g	16.4%	33.0%	<0.001	30.4%
4500g	3.3%	12.4%	<0.001	10.4%
5000g	0.2%	4.3%	<0.001	4.3%
LGA	4.2%	24.9%	<0.001	25.2%
SGA	2.2%	0.5%	NS	0.9%

Tabell 3

Crude and adjusted odds ratios for LGA infants of IGT women.

	Univariate model		Multivariate model	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Controls	1.0		1.0	
IGT	7.6	4.7 – 12.0	7.3	4.1-12.7
BMI < 25			1.0	
25 – 30			3.4	1.8-6.5
30			5.0	2.5-10
Parity 0			1.0	
I-			2.1	1.2-3.8
Prepregnancy hypertension: No			1.0	
Yes			3.5	0.9-13.2
PIH/Pre-eclampsia No			1.0	
Yes			0.7	0.2-2.1
Nordic origin Yes			1.0	
No			0.4	0.2-0.7

Monitoring pregnancy for improved perinatal outcome in Mozambique

Background:

"Every four hours, day in, day out, a jumbo crashes and all on board are killed. The 250 passengers are all women from low-income countries..."

This graphic illustration of maternal death from the Safe Motherhood Initiative (WHO 1986) is as true today as it was sixteen years ago. The situation for the fertile women and their newborns in low-income countries has not improved.

Aim:

To monitor pregnancy for improved perinatal outcome in Mozambique.
To reduce adverse perinatal outcome by interventions.



Kenneth Challis 1,2,3

Methods:

I/ 900 pregnant women followed in a prospective cohort study.

Gestational age estimated by ultrasound. Socio-economic questionnaire. Sympysis-fundal height (SFH) growth charts drawn with 5th, 50th and 95th percentiles per week by a cubic regression model

II/ 200 pregnant women in an incident case-referent study regarding gestational diabetes among women suffering late fetal death. Referent group with liveborns.

III/ Syphilis intervention: 453 pregnant women with positive RPR test from two ANC's.

Control: 476 pregnant women with positive RPR test from two other ANC's. Prevalence 10%.

Intervention clinics: RPR test as well as treatment and partner notification done by nurse-midwives.

IV/ Malaria intervention. Double blind randomised trial. Intention to treat. 300 adolescent pregnant women receiving sulfa-pyrimethamine (SP) and 300 adolescent pregnant women receiving placebo during pregnancy. Prevalence malaria 30 %.

Result:

I/ This first obstetric cohort study in Mozambique is, to our knowledge, the largest of its kind in Africa. Women with or without overt morbidity showed no difference in the SFH growth charts. Women with BMI <19 and women with BMI >27 had approximately 1 cm lower and 1 cm higher curves, respectively, than women with normal BMI. The obstetric cohort monitored provided valuable baseline data to be used as reference.

II/ The prevalence of gestational diabetes among women suffering late fetal death was 11.0 % and 7.1 % in the referent group.

III/ The number of perinatal deaths was significantly higher in the control group than in the intervention group.

IV/ Sulfadoxine-pyrimethamine given as treatment dose to adolescent pregnant women was highly effective in reducing malaria infection in the mothers and their placentas. The mean birthweight was significantly higher and the mean length of pregnancy was significantly longer in the SP intervention group.

Conclusion:

Monitoring pregnancy and appropriate treatment of malaria and syphilis improve perinatal outcome. Gestational diabetes is prevalent in Mozambique and might be a cofactor to adverse perinatal outcome. ■

1 International Health (IHCAR), Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet
2 Mid Sweden Research and Development centre, Sundsvalls Sjukhus
3 Department of Obstetrics and Gynaecology, Sundsvalls Sjukhus, Sweden

Handläggning av kvinnor med spontan abort

Varje år brukar medlemsbladet presentera ett aplock av de examensarbeten som presenteras av de ST-läkare som genomgår den muntliga delen av specialistexamen. Presentationen av dessa examensarbeten är tänkt att fungera som en inspiration för de ST-läkare som funderar på att själva göra specialistexamen. Därför är det extra roligt att få presentera ett examensarbete som fokuserat på att göra ett tillämpligt vårdprogram och PM för en viktig klinisk verksamhet. I detta examensarbete ingick också en enkät till samtliga kliniker i norra regionen, men av utrymmesskäl har vi valt att enbart presentera litteraturgenomgången och de praktiskt inriktade dokumenten.

Introduktion

Det har tidigare varit ”golden standard” att utföra exeres vid spontanabort, så även i Östersund. Expektativ och medicinsk behandling har dock blivit allt vanligare och jag ville gå igenom litteraturen och se vad det fanns för stöd för olika behandlingsmetoder. Utmärkande för Norrland är att det ofta är långt (> 10 mil) mellan patient och specialistvård. Omhändertagandet måste, förutom att vara säkert, effektivt och tryggt, även vara praktiskt ur den synvinkeln. En stor del av vården sköts via primärvården, detta gäller även de gynekologiska patienterna. Sjukvårdsupplýsningen ger också råd och stöd åt patienten. Dessa vårdnivåer är alltså att räkna med och jag ställde mig frågan hur spontanaborter, i glesbygd, bäst handläggs. Skulle vissa fall kunna skötas helt och hållet via distriktsläkare (DL) vilket görs i t.ex. Holland och Canada? Måste kvinnor med anamnes och status som vid komplett/inkomplett abort besöka en gynekolog? Om inte, hur ska det skötas?

Expektativ handläggning av missfall kan innebära stor blödning och smärta för patienten och information angående detta är mycket viktigt för att hon ska kunna känna sig trygg och metoden fungera väl (1). Vid ett eventuellt byte av behandlingsstrategi är det viktigt att omhändertagandet och tryggheten för patienten inte försämras.

Kristina Nordquist
Specialistläkare
Kvinnokliniken
Östersund

Mål

Att göra ett nytt PM för handläggning av spontanabort i 1:a och 2:a trimestern för Jämtlands läns landsting med beaktande av aktuell forskning, glesbygd med ibland långa avstånd mellan patient och specialistvård, samt trygghet och säkerhet för patienten.

Material och Metod - Litteraturgenomgång

En litteraturgenomgång gjordes av studier som behandlade ämnet ”missfall i 1:a och 2:a trimestern” ur olika perspektiv. Artiklarna togs fram via Internets databaser, framför allt Medline och PubMed. Jag noterade utfall av olika handläggningsmetoder vid komplett, inkomplett och missed abortion, komplikationsfrekvens, upplevd smärta, antal blödningsdagar, sjukdagar, patientens upplevelse och fertilitet i samband med/efter olika handläggningsmetoder. Jag tog också fram artiklar från Canada och Holland rörande distriktsläkares (DL) handläggning av kvinnor med missfall samt svenska artiklar som behandlade Rh-profylax.

Efter genomgång av materialet enligt ovan utarbetades:

A) Ett nytt PM för handläggning av missfall i 1:a och 2:a trimestern för Kvinnokliniken i Östersund.

B) Ett patientinformationsblad som ges till alla kvinnor som fått missfall, med information om vad patienten kan förvänta sig vad gäller smärtor och blödning, vart hon skall vända sig för råd el om hon behöver samtalshjälp mm.

C) Ett förslag till telefonrådgivning för barnmorskor på gynnottagningen och sjuksköterskor på sjukvårdsupplysningen, vilka alla tar emot en hel del telefonfrågningar gällande blödningar/smärtor under graviditet.

Resultat av litteraturgenomgång

Hela resultatdelen handlar om missfall i 1:a trimestern förutom avsnittet ”andra trimestern”.

Komplett abort

Komplett missfall kan diagnostiseras förutom anamnestiskt och med vaginal undersökning/palpation, nu även med ultraljud. Haines har jämfört komplett missfall ultraljudsmässigt med en ”tom uterus” efter exeres, mätt cavum uteris area i olika plan efter exeres och häfter fått ”normal-

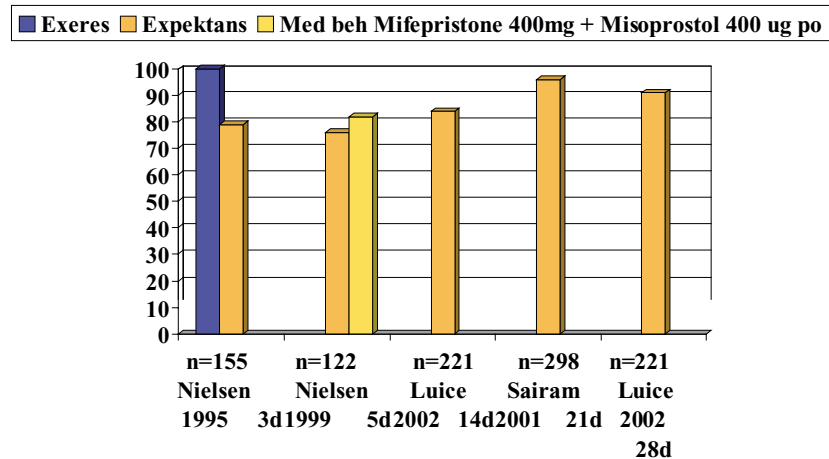
måtten” för komplett missfall i olika graviditetsveckor (2). Enligt denna modell hade 64% av kvinnor som sökte pga. misstänkt missfall genomgått komplett sådant och expekterades utan komplikationer (blödning avstannade samt negativt grav-test inom 2 veckor, (n=50)). I en prospektiv studie undersökte Rulin kvinnor med anamnes på komplett missfall samt slutet cervix (n=62) (3). Bland dessa kvinnor hade 79% intrauterin vävnad eller endometrietjocklek 1 cm och expektans kunde fullföljas i 98% av fallen (3 veckor). Kvinnor med 1cm intrauterint eko genomgick exaeres och av dessa hade 69% trofoblastvävnad i PAD. Många författare har använt endometrietjocklek eller intrauterin vävnad < 15 mm som ultraljudsgräns för komplett missfall tillsammans med anamnes och övrig klinik (4,5,6,7,8). I Luises observationsstudie uppfyllde 37% av kvinnor som sökte pga. misstänkt missfall dessa kriterier och expekterades utan komplikationer. Alcazar fann i en retrospektiv analys att sensitivitet för att hitta trofoblastvävnad med ultraljud var 81% och specificitet 94% (9).

Inkomplett abort

Inkompleta missfall har i olika studier definierats som anamnes på blödning och/eller heterogena rester i uterus upp-

Figur 1

Lyckandefrekvens i % (oundviklig/inkomplett spontanabort) Expektans-Kirurgisk behandling –Medicinsk behandling

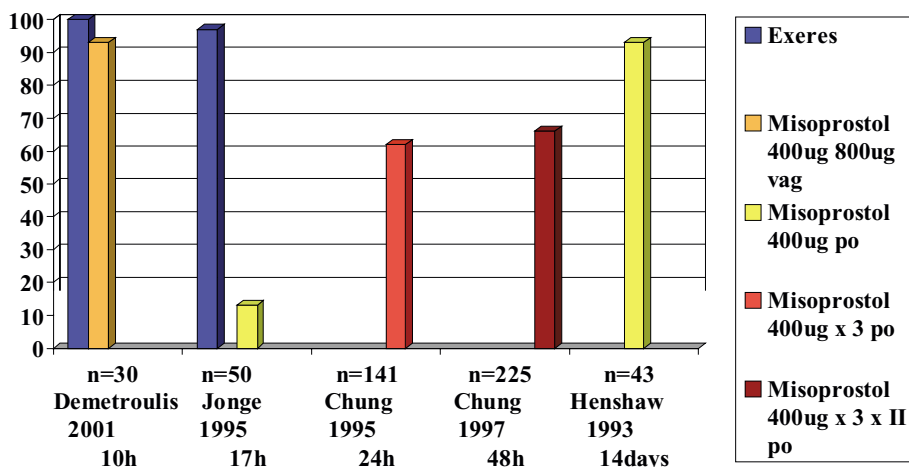


mätt till > 5-15mm samt öppen, ibland stängd cervix och har handlagts expektativt, medicinskt eller kirurgiskt. Lyckandefrekvensen vid expektans var 79-96% med expektanstid 3-28 dagar (Figur 1) (4,7,10,11,). vid medicinsk behandling 13-93% med olika doser av misoprostol taget per os eller vaginalt 400-1200/dag i 1-2 dagar (8,12,13,14,15) (Figur 2). Utvärdering gjordes efter 17 timmar i de Jonges studie (12) och efter 10-14 dagar i Henshaws (15). Tidiga komplikationer

i form av infektion, kraftig blödning, uterusperforation, hysterektomi, re-exeres, missad extrauterin graviditet varierade mellan 0,5-11% (Figur 3) (4,14,16,17). Smärtupplevelsen varade 0-2 dagar (4,16,17), maxsmärtan enligt VAS var i medeltal 62,0 och 66,1 (av 100) vid expektativ respektive medicinsk handläggning (10). Blödning varade 2-11 dagar (4,16,17,18) och fertiliteten varierade ej signifikant beroende på handläggning (16,19,20). Antal sjukdagar var 1,9-6,5 (4,10,16).

Figur 2

Lyckandefrekvens i % (oundviklig/inkomplett spontanabort) vid medicinsk behandling



Missed abortion

Missed abortion och ofostrig graviditet (i olika studier definierat som CRL > 4-7 mm utan fosterhjärtaktivitet respektive tom hinnasäck 15- 20mm samt närvaro eller frånvaro av symptom på blödning/smärta) har också handlagts expektativt, medicinskt och kirurgiskt. Jurkovic erbjöd kvinnor med missed abortion eller ofostrig graviditet expektativ handläggning (i stället för kirurgisk) och 38% valde detta (n=85) (21). Av dem aborterade 25% komplett inom 7 veckor, 16% inkomplett och resterande 59% önskade exeres inom 0-7 veckor. Ju mindre hinnasäck och kortare amenorretid desto större chans till komplett abort. I Schwärzlers studie (n=108) valde 79% expektans framför kirurgi (22).

Av dessa kvinnor aborterade 54% inom en vecka och 84% inom fyra veckor. Närvaro av blodflöde i det förmodade intervällösa rummet mättes med ultraljudsdoppler. Av kvinnor med närvaro av flöde aborterade 80% komplett inom en vecka men endast 23% av kvinnorna med frånvaro av flöde. Blodflödet i arteria uterina, spiralartärer eller i corpus luteum varierade dock ej signifikant. I Sairams (11) (n=84) och Luice (7) (n=138) studier där kvinnorna också valde behandlingsmetod själva, var lyckandefrekvensen vid expektans 62 och 76 % efter tre respektive fyra veckor. Komplikationsfrekvens var 1-12% (inräknat exeres vb.) i dessa fyra studier.

Medicinsk behandling vid missed abortion har prövats med lyckandefrekvens om 52-88% efter expektanstid på 10 timmar - 6 dagar med olika doser av gemeprost/misoprostol, taget vaginalt eller per os, med eller utan mifepriston (Figur 4) (5,8,23-25). Crenin (n=20) visade i en randomiserad studie ett signifikant bättre utfall av 800ug misoprostol givet vaginalt än 400ug per os (25). Kvinnorna erfor smärta som krävde opioider i 27-60% av

fallen (6,23). Illamående rapporterades i 13-63%, kräkningar i 5-25% och diarré i 7-42% av fallen (6,23,25). Feber rapporterades i 5,4% av fallen (6) och akut exaeres utfördes på grund av kraftig blödning bland 1,3-6,4% av kvinnorna (6,24,23).

Kvinnors uppfattning om behandlingsmetoder

Nielsen (n=86) såg ingen ökad ångest eller depressivitet hos kvinnor som fått missfall 2 veckor tidigare, jämfört med friska, ickegravida kvinnor. Dessutom sågs ingen skillnad i psykologisk reaktion hos dem som behandlats med expektans jämfört med exaeres (randomiserat material) (26). Medicinsk eller expektativ handläggning gav lika nöjda patienter visade en annan randomiserad studie (n=155) (10). I Chipchases randomiserade studie var 100% och 88% nöjda med expektativ respektive kirurgisk handläggning (16). Om patienten själv får välja valde 38% medicinsk framför kirurgisk behandling (21), 70 respektive 79% valde expektans före kirurgi (7,22) och i en telefonförfrågan där ett scenario lästes upp uppgav 72% av kvinnorna de troligtvis skulle välja expek-

tans före kirurgi vid ett eventuellt missfall (27). Hälften av dem skulle dock ändra sig om läkaren rekommenderade det andra alternativet. Wieringa-De Waard randomiserade kvinnor med missfall till expektans eller kirurgi (28). De kvinnor som ej ville bli randomiserade valde själva handläggning. Health-related quality of life (HRQL) mättes på alla. De som expekterats förbättrade sina värden mer och snabbare än de som opererats. Värdena var signifikant bättre hos dem som valt jämfört med dem som randomiserats till kirurgi. Vid expektans är det mycket viktigt med detaljerad information om vad som kan förväntas i form av blödning och smärta enligt kvinnor som expekterats i samband med missfall (1,29).

Andra trimestern

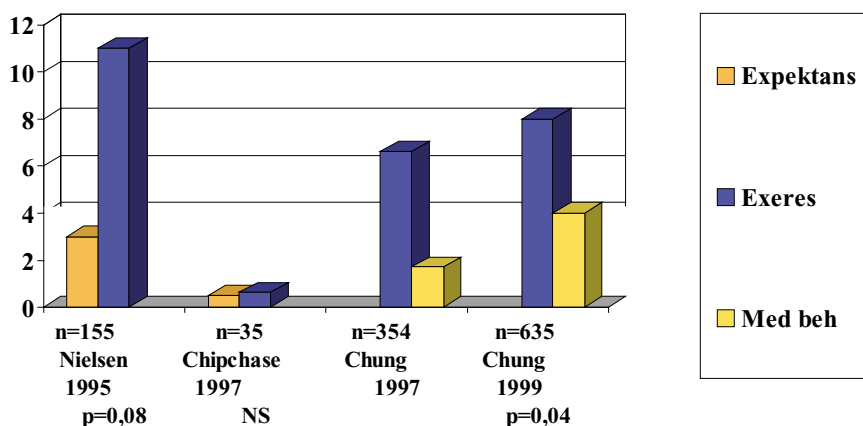
Många studier behandlar induktioner av abort i andra trimestern men jag har endast hittat en (n=50) som behandlar missed abortion i andra trimestern (30). I den studien jämfördes misoprostol 200ug var 3:e timme (max 6 st) med gemeprost 1mg var 3:e timme (max 5st). Lyckandefrekvens var 84% i misoprostol- och 68% i gemeprostgruppen inom 24 timmar. Gemeprost verkade snabbare vilket sannolikt beror på att det är ett vagitorium under det att misoprostol endast finns som tablett. Misoprostol var mer kostnadseffektivt och fungerade till hundra procentigt vid gestationslängd mindre än 17 veckor. Ingen skillnad sågs vad gäller bieffekter av medlen och inga svåra komplikationer uppträdde.

Distriktsläkares handläggning av kvinnor med misstänkt missfall

Wiebe visade att kvinnor med missfall som sökt sjukhusvård 1995 i Vancouver handlades kirurgiskt i 92,5% av fallen jämfört med 51% för dem som sökt distriktsläkare. Infektionsfrekvensen var 6.0% respektive 0.8% i de två grupperna, vilket är en signifikant skillnad (materiallet var dock ej randomiserat) (31). Indikation för kirurgi var endast i 4% av fallen en komplikation i form av blödning

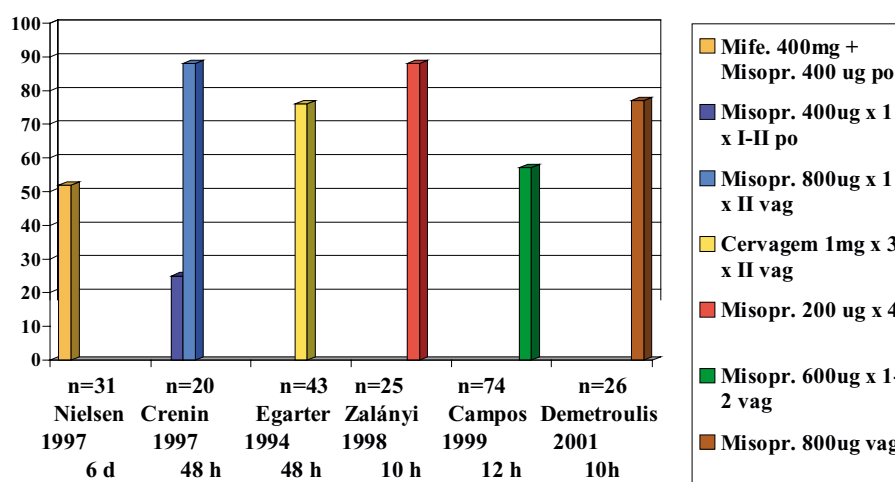
Figur 3

Tidiga (inom 2 - 3 veckor) komplikationer (%) som infektion, uterusperforation, hysterectomi, re-exeres, samt missad extrauterin graviditet



Figur 4

Lyckandefrekvens (%) vid medicinsk behandling av missed_abortion.



eller infektion, i övrigt var indikationen för kirurgi missed abortion eller inkomplett abort. Det framgår inte i artikeln hur diagnosen missfall ställdes för primärvårdspatienterna. Ingick en ultraljudsundersökning via en ultraljudsmottagning? I en annan studie kunde man genom ett utbildningsprogram för distriktsläkare och patienter sänka andelen kirurgiskt behandlade kvinnor, och dessutom sänka infektions- och blödningsfrekvensen (29). Framför allt handlade det om att ge patienterna trygghet genom detaljerad information om vad som skulle hända vid expektans, hur mycket blödning och smärta som kunde förväntas och vart de skulle vända sig vid behov av hjälp.

I Holland handläggs missfall till stor del konservativt av distriktsläkare och barnmorskor med hjälp av nationella riktlinjer. Enligt dessa bör distriktsläkare eller barnmorskan göra palpation-, spekulum- och vaginalundersökning, undvika ultraljudsundersökning och remiss till gynekolog, förklara situationen och återkalla patienten efter 10 dagar. En undersökning gjordes för att se hur väl riktlinjerna följdes (32) och här framgår att huvudskälen till att frånga riktlinjerna var att kvinnorna önskade antingen ultraljud eller remiss till gynekolog. Av gravida kvinnor som övervakades av distriktsläkare i

Storbritannien fick 21% blödning före gravvecka 20 och 12% av graviditeterna slutade med missfall (33). Risken var ej större för dem med tidigare missfall i anamnesen. Åtminstone en fjärdedel av kvinnorna med missfall handlades av endast distriktsläkare.

Rh-profylax

Åsikterna går isär i frågan om man som rutin bör ge Rh-profylax till kvinnor som genomgått legal abort alternativt fått missfall < 12 graviditetsveckor (39-41). Det finns inga nationella riktlinjer. Risken att bli immuniserad vid en så tidig graviditet synes dock vara mycket liten, åtminstone vid icke-instrumentella metoder.

Diskussion

Vid denna studiegenomgång aktualiseras frågan om hur naturalförloppet för spontanabort egentligen är. Komplet abort med u-ljuds gräns < 15 mm aborttester anteriorposteriori i uterus är förstås arbiträr, i många fall finns trofoblastvävnad kvar vid den gränsen (3). I praktiken är det dock intressant att hitta kriterier för att kunna anse missfallet så pass väl utstött att det inte ska uppstå komplikationer i form av t ex kraftiga blödningar och infektion, och här är en 15mm-gräns enkel och rimlig

med stöd av föreliggande studier (3,7). Det viktigaste kriteriet är dock att det skall ha passerat rikliga mängder blod och graviditetsrester/placentavävnad, annars finns risken att det egentligen rör sig om en extrauterin graviditet.

Vid inkomplett missfall handlar det om att graviditeten har gått under, kvinnan börjat blöda och kanske känt smärta, hinn-säck kollapsat men fostret/placenta har ännu ej stötts ut helt. Vilken handläggning av dessa patienter skall då väljas? Utfallen efter expektans divergerar ej nämnvärt i de olika studierna, 80-95% lyckas. De skillnader som finns beror säkert på att expektanstiden varit olika lång (Nielsen (4) 3 dagar, Luice (7) 28 dagar) och att inklusionskriterierna dvs. definitionen på inkomplett missfall samt definitionen på positivt utfall divergerat. Komplikationer vid den metod man väljer bör vara få och så "lindriga" som möjligt. Vid expektans består de framför allt av akut exaeres pga. kraftig blödning, smärta eller infektion men komplikationsfrekvensen skiljer ej signifikant jämfört med kirurgisk eller medicinsk behandling (4,10,16,17,34). Möjligen kan man tycka att de komplikationer som kan uppstå vid kirurgi, om än få, kan vara allvarligare. Per oral medicinering med misoprostol gav ej bättre

utfall jämfört med endbart expektans i en randomiserad studie av Nielsen (10). Henshaws (15) resultat efter per oralt misoprostolintag var ej bättre vid utvärdering 14 dagar senare än Luises (7) som bara expekterade. Möjligen kan vaginalt taget misoprostol påskynda processen vid inkomplett abort. Demetroulis visade (13/14) att lyckandefrekvens var 93% efter 10 timmar vid vaginalt givet misoprostol 800 ug vilket ju verkar snabbare jämfört med andra studier (Figur 2) (8). Studien var dock liten. Ngai jämförde vaginalt givet misoprostol med expektativt handläggande (35). Lyckandefrekvensen var bättre vid medicinsk behandling men endast 16 kvinnor deltog i den armen av studien och svaret på om medicinsk behandling kan vara ett snabbare alternativ än expektativt vid inkomplett abort, är ännu så länge obesvarad men möjligen intressant för de kvinnor som önskar behandlas aktivt.

Jag tycker att expektativt handläggning skall föreslås för kvinnor med inkomplett abort då komplikationsfrekvensen är låg och man slipper ett kirurgiskt ingrepp. Medicinsk behandling har inte visat sig ge någon ytterligare fördel jämfört med expektans, och komplikationer i form av blödning eller smärta skiljer inte nämnvärt mellan metoderna. Antalet sjukdagar är kortare vid expektans och många kvinnor föredrar denna metod. Återbesök och utvärdering efter 2 veckor ger stor chans till komplett abort. En förutsättning för expektans är att kvinnan får bra information så att hon kan känna sig trygg, vet när hon bör söka hjälp och vart hon då ska vända sig.

Missed abortion karaktäriseras av att fostret har dött men att själva aborten, avstötningen av graviditetsresterna ännu ej börjat och naturalförloppet (som vid expektans) verkar vara att 70-80% av kvinnorna fått komplett abort inom 4 veckor. I alla studier vari det ingått både kvinnor med inkomplett och missed abortion, har de kvinnor med inkomplett abort aborterat komplett snabbare än gruppen missed abortion, oavsett om expektativ eller medicinsk behandling använts (7,8,11,35). Dessa grupper bör därför skiljas åt så att

man kan informera patienten om prognosen och möjligen handlägga grupperna olika. Expektans är en säker metod med relativt få komplikationer i form av blödning eller infektion. Med ultraljudsdoppler skulle man eventuellt kunna selektera dem som skulle abortera snabbt men metoden behöver prövas ytterligare i randomiserade studier (22). Medicinsk behandling, åtminstone med vaginalt givet misoprostol, verkar ge snabbare abort än expektans (tab.8,9). Crenin visade signifikant bättre effekt vid vaginalt jämfört med oralt givet misoprostol (25). Dock visar studierna med vaginalt misoprostol givet i olika doser och tidsintervall mycket divergerande resultat som ej tycks kunna hänföras till respektive dos eller intervall. Den största studien var en observationsstudie (n=74) och där hade endast 57% av kvinnorna aborterat komplett efter 12 timmar (6). Ett antal mindre studier uppvisar bättre siffror med lyckandefrekvens på 80-90% efter 10-48 timmar. Så långt det är beskrivet verkar inklusions- och positivt-utfallskriterierna vara jämförbara. Fler större, randomiserade studier behövs därför för att ta reda på optimala doser och huruvida dosen bör upprepas eller ej. Fördelen med medicinsk jämfört med kirurgisk handläggning är att man undviker anestesi och kirurgi och dess komplikationer, det frigörs tid på operationssalar och under förutsättning att man utnyttjar den tiden sparas resurser (36).

Sammantaget, utifrån detta föreslår jag i första hand medicinsk handläggning av kvinnor med missed abortion. 600ug misoprostol + några ml NaCl som engångsdos vaginalt ges till inneliggande patient. Glidgel används så lite som möjligt då vi märkt att en tablett Cytotec löser sig i NaCl men ej i glidgel. Om hon börjar abortera får hon gå hem med återbesök efter 2 veckor, om inte görs exaeres nästkommande morgon. Om kvinnan vill kan hon expekteras men ska då informeras om att det kan ta tid.

För missfall i andra trimestern föreslås behandling med mifepristone 200mg, två dygn senare misoprostol 400ug var tredje timme, högst 5 doser/dygn. Mifepristone

ges framför allt för att ha samma behandling för abort av levande och dött foster i andra trimestern, men också då man inte vet huruvida det har effekt eller ej vid dött foster. Misoprostol valdes framför gemeprostat då det är mer kostnadseffektivt.

Kvinnor har fått missfall i alla tider och det måste förstås vara så att en del av dem som får missfall idag ej söker sjukvård. Många kvinnor som söker distriktsläkare på grund av blödning i tidig graviditet önskar remiss till KK för att få göra ett ultraljud, men här finns säkert även kvinnor som känner sig trygga i situationen, som gärna skulle vilja avvakta och följas upp av sin distriktsläkare på ett säkert sätt, särskilt där det är långt till specialistvård. Om denna önskan hos kvinnor skulle öka i och med att vi nu börjar handlägga inkompleta missfall expektativt och vi alla blir mer vana vid naturalförloppet av missfall, kanske vi, efter utbildning, kan överlåta omhändertagandet av vissa patienter till distriktsläkarna i de fall kvinnan önskar.

Konklusion

Det har tidigare varit "golden standard" att göra exaeres på kvinnor med missfall. Studier har dock visat att

1. missfall med "litet" intrauterint eko (< 15mm mätt antero-posteriori i längsläge) blöder ut utan komplikationer och kan betraktas som kompletta.
2. inkomplett abort blöder ut komplett i ca 80-90 % av fallen vid expektans 3-14 dagar utan riskökning jämfört med exaeres. Medicinsk behandling är ej bättre ur komplikations-, blödnings- eller smärtsynpunkt och har ej visat sig verka snabbare i någon stor studie.
3. gruppen "missed abortion" kan expekteras eller behandlas medicinskt utan riskökning jämfört med exaeres. De kan få vänta veckor-månader på komplett abort vid expektans. Vaginalt misoprostol påskyndar processen men optimala dosen är ännu ej känd.
4. majoriteten kvinnor väljer expektans före kirurgisk behandling om de får välja.

PM för handläggning av spontan abort

Bakgrund: Det har tidigare varit "golden standard" att göra exeres på kvinnor med missfall. Studier har dock visat att

- missfall med "litet" intrauterint eko (< 15mm mätt antero-posteriort i längsläge) blöder ut utan komplikationer och kan betraktas som kompletta.
- inkomplett abort blöder ut komplett i ca 80-90 % vid exspektans 3-14 dagar utan riskökning jämfört med exeres.
- gruppen "missed abortion" kan expekteras eller behandlas medicinskt utan riskökning jämfört med exeres. Vid expektans kan de få vänta veckor-månader på komplett abort. Vaginalt misoprostol påskyndar processen men optimala dosen är ännu ej känd.
- majoriteten kvinnor väljer expektans före kirurgisk behandling om de får välja.

Pat till KK **Anamnes** gyn, övrigt. OBS! Anamnes talande för X?

Us: AT: gravtest, temp, blödning, cirkulation
 GYN: Bedöm blödning, cervixstatus (ringång), palp
 U-LJUD: viabel graviditet, endometriets tjocklek i längsläge, adnex, vätska i fossa Douglassi

Erbjud Kuratorkontakt
 Broschyren "om missfall"
 Patientinfo-blankett vid komplett el inkomplett missfall

Anamnes och Fynd

Åtgärd

Komplett missfall

Anamnes + us talar för missfall, ej för X
 U-ljud endometrie < 15mm
 Cirkulatoriskt stabil, afebril

0 åtgärd akut
 Pat-infoblankett
 Gravtest bm 3v

Inkomplett missfall

A) Anamnes + us talar för missfall, ej för X
 U-ljud endometrie 15-50 mm
 Cirkulatoriskt stabil, afebril
 Recept smärtstillande vb
 Åb läk 2v, fastande
 Exeres vb (klinik, rester)

Exspektans
 Informera: Blödning, smärta stor 1-2dagar
 Pat-infoblankett

B) U-ljud endometrie >50 mm
 Cytotec po behövs ej
 Pat's önskemål

Exeres initialt vb Mycket riklig blödning

Anamnes och Fynd	Åtgärd
Missed Abortion	
A) Ingen eller ringa blödn, cervix slutet, bevarad hinnäsäck, ej viabelt foster CRL < 52 mm OBS! Konsultera gärna kollega alt ny us efter ngn dag för säker diagnos	<u>Inlägges avd</u> efter ngn dag Nytt u-ljud. Smärtlindring vb <u>Cytotec® 200g, 3st + 2-5ml NaCl vag</u> a) Efter blödning hem + Pat-infoblankett Åb läk 2v
b) Om ingen blödn fasta, exeres nästa dag	
B) Om pat önskar b) <u>Exeres initialt</u> T Cytotec po 3 st kvällen före op	a) <u>Exspektans (se ”bakgrund”)</u>
Fosterstorlek > 12 v	
Ej viabelt foster BPD >19 mm el CRL > 52 mm OBS! Konsultera gärna kollega alt ny us efter ngn dag för säker diagnos <u>3:e tim (max 5 ggr) + 2-5 ml NaCl</u> Smärtlindring vb exeres vb	T Mifegyne® 1 st po <u>Inlägges avd</u> efter 2 dagar Nytt u-ljud <u>Cytotec® 200g 2st vag var</u> U-ljudkontroll efter blödn.
Misstänk X om	
Blödn. och/el smärta + pos gravtest Hinnäsäck saknas + s-HCG > 1000 Cervix slutet. Tidigare X, salp, adnexop, spiralgrav	Följ med s-HCG, u-ljud lapskopi eller annat vb
Rheso-gamma	
1500 E ges till alla Rh-neg kvinnor med missfall <u>utom till</u> konservativt/medicinskt behandlade kvinnor < 7 v enl SM/u-ljud.	
(De kvinnor som vi eller bm kommer i kontakt med per tel som verkar ha aborterat spontant och komplett behöver ej nödvändigtvis komma till KK endast för Rh-profylax. Se: Läkartidn nr 51-52. 2000, sid 6030-6033 och sid 6014-6015)	

Östersund 020411

Kristina Nordquist
Specialistläkare KK

Margareta Kohrtz
Överläkare, MLA KK

Till Dig som fått ett missfall

Varför?

Ungefär en av sex gravida kvinnor får missfall. Oftast beror det på att naturen gjort fel när ägget och spermien smälte samman och då kan graviditeten inte växa på rätt sätt. Istället gör sig kroppen av med det - man får ett missfall. Det finns ingenting man kan göra för att förhindra ett missfall.

Vad händer nu?

När Du var hos läkaren fick Du antingen veta att ...

Du håller på att få missfall eller att *Du har haft* ett missfall och att det mesta kommit ut
Om Du håller på att få missfall kommer din kropp att sköta det hela på egen hand. (Ibland behövs tabletter i slidan för att blödningen ska starta.) Det som finns i livmodern stöts ut i form av en måttlig-kraftig blödning. Du får ett återbesök till läkaren efter ca 2 veckor för att kontrollera att det ser bra ut. I enstaka fall behöver man då göra en skrapning och därför bör Du komma fastande (sedan 4 timmar) till återbesöket.

Om Du har haft ett missfall har det mesta av graviditeten redan kommit ut. Blödningen brukar dock fortsätta i 1-2 veckor. Undvik bad, samlag och tamponger så länge som du blöder. Gör ett graviditetstest hos Din barnmorska på MVC tre veckor efter läkarbesöket. Det är då troligen negativt och då behövs inga fler kontroller. Om du skulle få feber eller mer ont, se under råd & hjälp.

Vad händer i kroppen?

Missfall börjar vanligtvis med blödning och kramper över livmodern (menssmärtor). Blödningen är rikligare än vid en vanlig menstruation och kramperna kan bli kraftiga. Blödningen innehåller ibland stora mörkröda klumpar och Du kan även se graviditetsrester som är rosa eller gråaktig. När vävnaden kommit ut försvinner kramperna och Du mår bättre. Det hela tar några timmar upp till ett dygn. Därefter minskar blödningen, ungefär som till en vanlig menstruation och håller på 1-2 veckor. Nästa mens kan vara lite sen.

Smärtorna

Att ta en varm dusch eller att klä sig varmt kan kännas bra. Vid behov kan Du ta Ipren/Brufen eller Alvedon/Panodil.

Råd och hjälp

Ring Kvinnoklinikens gynnottagning dagtid 063-15 40 40 eller sjukvårdsupplysningen kvällar och helger 063-13 44 00 om...

- Du blöder igenom två bindor per timme i mer än tre timmar
- Värme eller smärtstillande medel inte hjälper och smärtorna är för kraftiga
- Du har mer än 38 graders feber vid två tillfällen med en halvtimmes mellanrum
- Om Du har frågor eller känner Dig orolig

Någon att prata med:

Att få ett missfall kan vara mycket ledsamt och jobbigt. Tala gärna med någon om hur Du mår och hur det känns. Kvinnoklinikens kurator är van vid sådana här situationer och talar gärna med Dig om Du vill. Ring 063-15 35 93.

Kristina Nordquist, Specialistläkare KK

Margareta Kohrtz, Överläkare, KK