

MEDLEMSBLADET

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

Layout: Marie-Louise Schyberg

Adress: SFOG-kansliet, Svenska Läkare-
sällskapet, Box 738, 101 35 Stockholm
tel: 08-440 88 68 fax: 08-440 88 86
e-post: ml.schyberg@sfog.se

Internet: www.svsl.se/sektioner/sfog

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

SFOGs styrelse 1999-2000:

Ordförande: Prof Bo von Schoultz, KK,
Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm
tel: 08-517 700 00, fax: 08-31 81 14
bvs@obgyn.ks.se

Vice ordförande: Doc Elisabeth Persson,
KK, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm
elisabeth.persson@post.netlink.se

Facklig sekreterare: Dr Pia Teleman,
Gynmottagningen, Specialisthuset,
Odengatan 66, 241 35 Eslöv
tel: 0413-55 60 66, fax: 0413-55 60 74
pia.teleman@skane.se

Vetenskaplig sekreterare: Dr Kerstin
Andersson, KK, SU/Östra, 416 85 Göteborg
tel: 031-343 40 00, fax: 031-25 43 87

Skattmästare: Dr Harald Almström,
Ultra Gyn, Läkarhuset Odenplan,
Odengatan 69, 113 22 Stockholm
tel: 08-587 103 90, fax: 08-587 101 90
harald.almstrom@kids.ki.se

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

Utbildningssekreterare: Doc Ove Axelsson,
KK, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala
tel: 018-66 30 00, fax: 018-55 97 75
ove.axelsson@obstgyn.uu.se

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

Dr Sonja Kvint, Kvinnosjukvården, Kärn sjukhuset
i Skövde, 541 85 Skövde tel: 0500-43 14 88,
fax: 0500-43 14 54 sonja.kvint@ltskar.se
Dr Cilla W Salamon, KK, Södersjukhuset,
118 83 Stockholm tel: 08-616 10 00
fax: 08-616 26 40 c.salamon@swipnet.se

Tryck: Graphium Västra Aros, Västerås

Foto: Rolf Werne

ISSN 0284-8031



Kära vänner i SFOG

Tulpanerna glöder på Hötorget i Stockholms city. I den bleka mars-solen börjar vi ana

vårens löften.

Millenniets första Vintermöte ute på Sky City vid Arlanda blev en stor framgång för arrangörerna från Uppsala kliniken. Omkring 200 gynekologer bjöds på ett spännande program med både dagsaktuell forskning och tillbakablickar på utvecklingen inom vårt ämne.

För egen del fascinerades jag särskilt av Leif Wides föredrag där han beskrev den dramatiska utvecklingen av graviditetsdiagnostiken från 60-talets paddor och kaniner fram till dagens hyperkänsliga HCG test för hemmabruk. Även om man inte alltid känner av det i vardagen blev det med ens så uppenbart att vi lever i en tid av snabba och stora förändringar.

Dagen före Vintermötet samlades landets verksamhetschefer tillsammans med styrelsen på Akademiska sjukhuset. Inga Sjöberg från Umeå rapporterade från det nybildade kvalitetsrådets första möte. Verksamhetscheferna leder och stöttar kvalitetsarbetet och det är viktigt att ligga före arbetsgivaren i beskrivningen av vad som är god kvalitet inom kvinnosjukvården. Kvalité handlar mycket om att förändra vårt tänkande och vårt angreppssätt - att vända "Hur skall vi få tid?" till "Hur använder vi vår tid?" och "Vi måste ha flera tjänster/mer resurser" till "Hur använder vi våra resurser?".

Cilla Salamon från OGU beskrev brister i arbetsmiljön för ST-läkare och redogjorde sedan för en modell för ST-utbildning som tillämpas i Uppsala. Denna inleddes med sexmånaders provanställning och därefter ST-kontrakt med en personlig handledare. Man använder den utbild-

I DETTA NUMMER

5	Spiraler försvinner inte	Viveca Odling, Kerstin Andersson
8	Gyne-T-380 upphör	Viveca Odling m fl
9	30 min för gynekologiskt besök	Gunnar Möllerström m fl
11	Vintermötet	Jan Brynhildsen
14	NordSvenska Gyn	Lars Berglund
17	Debatt Forskning i kvinnosjukvård	
21	Debatt Vaginalt ultraljud	
24	Vinnande bidrag vid 1999 års läkarstämma	
28	Rapport från ARGUS	
35	Minimikrav för examensarbete	Birgitta Essén
36	Kalendarium	
40	Hemförlossning	Ulf Hanson
42	Dagbok från Adis Ababa	Bo Möller
46	SFOGs fortbildningsprogram hösten 2000	
54	Examensarbete	Bo Jacobsson
63	Avhandlingsabstrakt	

ningshandbok som sammanställts av SFOG. Hela ST-tjänstgöringen inklusive randutbildningen beskrivs i en tydlig plan. Varje år delas upp i fyra schemaperioder som är måldefinierade och utvärderas. Det förväntas att man gör ett projektarbete inom obstetrik, gynekologi samt reproduktiv hälsa. Tid skall avsättas för självstudier varje vecka och ST-undervisning sker regelbundet. Varje år skrivs ett diagnostiskt prov. Sammanfattningsvis är ST-tjänstgöringen välplanerad, innehåller kontinuerlig undervisning samt regelbundet återkommande utvärdering av kunskapsinhämtandet. Alla rekommenderas varmt ett besök på www.uas.se där modellen finns beskriven sin helhet.

I pressen har det under senare tid varit en hel del skrivelser om olika landstings värnningsskampanjer av bl a spanska och polska läkare som efter en kort språkkurs och introduktion avses fylla vakanser inom vården. Samtidigt finns i landet redan en stor skara invandrade läkare som möter betydligt högre ställda krav för att anses vara kompetenta och för att godkännas till att arbeta som specialister. Läkarförbundet har i en utredning lämnat förslag till ett program för att förbättra och effektivisera omhändertagandet av invandrande läkare och underlätta deras ofta mycket mödosamma väg igenom byråkratin. Sonja Kvint menade att vår sektion inom Läkaresällskapet skulle kunna göra en insats genom att utarbeta rekommendationer för hur vi inom kvinnosjukvården skall ta hand om utländska gynekologer och vilka krav som bör vara rimliga att ställa.

Den moderna gynekologin tar ett allt bredare ansvar för kvinnors hälsa. Allt mer av vår rådgivning, diagnostik och behand-

ling sker nu inom den öppna vården. Detta innebär att den traditionella standardtiden för en mottagningsbesök på 20 minuter ofta blir helt otillräcklig. En enkät på verksamhetschefsmötet visade att majoriteten av klinikerna fortfarande har 20 minuter som standardtid men att man på många håll nu går över till 30 minuter. Mötet enades om att normen för ”det goda mottagningsbesöket” bör vara 30 minuter även om detta inte alltid är praktiskt möjligt. SFOG kommer att med kraft driva denna viktiga kvalitetsfråga i olika sammanhang framöver.

I december 1999 inrättade styrelsen en *ad hoc* grupp för evidensbaserad obstetrik och gynekologi med uppdrag att vara ett stöd för AR-grupperna samt utarbeta utbildningsplaner inom området evidensbaserad medicin. Kerstin Nilsson från Örebro som är gruppens ordförande visade på verksamhetschefsmötet med smärtsam tydlighet hur lösligt vi ofta inför respektive ändrar på rutiner, operationsmetoder etc i vår verksamhet. Intresset för evidensbaserad medicin är just nu stort och SBU hade nyligen en mycket välbesökt kurs i ämnet. Verksamhetscheferna är centrala i arbetet och mötesdeltagarna anmälde sitt intresse för en endagarskurs och *ad hoc* gruppen fick i uppdrag att utarbeta program för en sådan utbildning. Det framhölls också att vi måste arbeta på bred front och t ex ha återkommande EBM inslag på varje SK-kurs och att vi kan utnyttja vår hemsida med stående inslag om evidensbaserad obstetrik och gynekologi. Alla intresserade kan anmäla sig till kerstin.nilsson@orebroll.se.

Samarbetet med Barnmorskeförbundet är fortfarande gott och fortsätter att ut-

vecklas trots att inlägg i bl a Dagens Medicin skulle kunna ge intryck av motsatsen. Bakgrunden till oron är en olycklig informationsmiss som jag själv får ta på mig och som jag uppriktigt har bett våra vänner inom Barnmorskeförbundet om ursäkt för. Liksom tidigare styrelser allt sedan 1995 har vi uppfattat delar av skrivningen i nu gällande allmänna råd och kompetensbeskrivning som oklara och som en komplicerande faktor i strävan att vidareutveckla och fördjupa vårt samarbete. Vi har nu tillsammans med barnmorskorna träffat Socialstyrelsen och får avvakta hur man där ställer sig till vårt förslag om en översyn och förtydligande av texten. Våra tre samarbetsgrupper arbetar vidare. Gruppen för sfinkterskador (SFOGs representanter: Henrik Hagberg, Lennart Nordström och Margareta Wennergren) och klimakteriegruppen (Kerstin Andersson, Inger Björn och Kerstin Nilsson) har haft flera möten och kommer enligt uppgift snart med förslag till hur vi gemensamt skall arbeta vidare inom dessa viktiga områden.

Avslutningsvis vill jag be er alla läsa vad Birgitta Essén skriver om forskning inom kvinnosjukvården längre bak på sid 17 i detta nummer av medlemsbladet. Jag tror att få frågor är så viktiga för vår framtid och för vår rekrytering som dessa om hur vi skall återskapa möjligheterna för så många som möjligt att aktivt delta i forskning och utveckling som en naturlig del av det dagliga arbetet. Hoppas att många vill delta i diskussionen, vi behöver alla goda förslag! ■

Bo von Schoultz
Ordförande SFOG

Nya Medlemmar

*Jelena Bogdanovic-Blidovic, Eksjö - Amelie van den Brink, Svärdssta -
Daverio Clelia, Örebro - Ulla-Maria Floderus, Lund -
Maria Holm, Visby - Anna-Maria Iglesias, Falun - Victor Jofré, Örebro -
Rebecka Kaplan, Falun - Katarina Lindborg, Falun - Nory Malallah, Angered -
Cecilia Modin, Västerås - Kristina Nordström, Nyköping*

SPIRALER FÖRSVINNER INTE!!!

Vi har i vår verksamhet vid ett par tillfällen stött på kvinnor, som fått en spiral insatt och där man senare inte kunnat påträffa spiralen. I det ena fallet blev kvinnan oplannerat gravid och gjorde abort och i det andra hittades inga trådar vid extraktionsförsök. Kvinnans läkare har i båda fallen förmodat att spiralen stötts ut och givit denna förklaring till kvinnan. I det ena fallet sattes en ny spiral in och i det andra påbörjades p-pilleranvändning. När sedermera dessa kvinnor önskade, men inte blev gravida (trots att den senaste spiralen tagits ut respektive p-pilleranvändningen sedan länge upphört), visade det sig efter mycket sorg, oro, lång väntan och kostsamma infertilitetsundersökningar att den gamla spiralen hela tiden funnits kvar i uterus!

Förutom dessa två ”egna” fall har vi genom åren hört talas om flera liknande och Socialstyrelsen har fått in flera fallrapporter, som ibland publicerats i Riskronden. Det har därvid påpekats att kvinnan kan ha genomgått missfall, abort eller t o m förlösning utan att spiralen kommit ut!

Kerstin Andersson

Kvinnokliniken, SU/Östra, Göteborg

Viveca Odling

Kvinnokliniken, KS, Stockholm

Spiral är en mycket vanlig – och bra – preventivmetod, som används av 20-25% av svenska kvinnor i fertil ålder, dvs omkring 400 000 kvinnor och med den stora användningen är det viktigt att även mycket ovanliga komplikationer uppmärksammas.

I SFOGs ARG-rapport nr 37 1998 ”Ofrivillig barnlöshet” anges att man i samband med första läkarbesök vid infertilitetsutredning bör göra en vaginal ultraljudsundersökning av uterus och ovarier. Detta är dock inte alltid tillräckligt om det finns misstanke om kvarglömd spiral, eftersom en kopparspiral, som av ålder mist sin koppar, kan vara svår att upptäcka med ultraljud. Eftersom såväl kopparspiraler som Levonova är synliga på röntgen, anser vi att man bör göra en **buköversikt** om en spiral ”försvunnit”. Om spiralen perforerat och inte längre sitter i uterus

utan intraabdominellt, sitter den inte sällan högt upp i buken, varför det inte räcker med en bäckenöversikt.

En spiral som inte återfinns vid buköversikt kan betraktas som utstött.

Det har diskuterats om det är nödvändigt att ta bort en spiral som perforerat till bukhålan. Det finns emellertid fallbeskrivningar där en intraabdominellt belägen spiral perforerat rektum så sent som 12 år efter insättningen eller där strangulation av tarmen har orsakats av spiraltrådarna. Dessutom skulle många kvinnor sannolikt ha svårt att acceptera att leva med en spiral i buken. Därför anser vi att man i de flesta fall (om det inte innebär en stor operationsrisk för kvinnan), bör operativt avlägsna en spiral som hamnat utanför uterus, ett ingrepp som oftast kan ske med laparoskopisk teknik, eventuellt med hjälp av genomlysning för att lokalisera den i omentet väl inbäddade spiralen. ■

Kommentar till att tillverkningen av Gyne-T-380 upphört

Den 3 januari i år meddelade Janssen-Cilag AB att tillverkningen av kopparspiralen Gyne-T-380 hade upphört vid årsskiftet på grund av dålig lönsamhet. Vidare meddelades att det inestående lagret av Gyne-T-380 skulle säljas ut och det beräknades räcka endast till april i år. Gyne-T-380, som utvecklats och testats under många år av bland annat WHO och Population Council, har länge varit den bäst dokumenterade och effektivaste kopparspiralen på marknaden. Vi tycker att det är tragiskt och orimligt att en väldokumenterad, effektiv, billig och långverkande preventivmetod försvinner. Vi har kommenterat bakgrunden och lagt våra synpunkter i en längre artikel i Läkartidningen, men vi vill ändå här lämna rekommendationer avseende användning av kopparspiral då tillgången till Gyne-T-380 upphör.

Användningen av intrauterina preventivmetoder är hög i Europa, speciellt i Norden. Undersökningar i de nordiska länderna tyder på att 20-25% av kvinnor i fertil ålder, dvs omkring 400.000 kvinnor i Sverige, använder en intrauterin preventivmetod. Det finns för närvarande sex olika intrauterina preventivmetoder i Sverige varav 5 kopparspiraler: Gyne-T-380, Multiload 250, Nova-T-380, Cu SAFE 200, Cu SAFE 300 och dessutom hormonspiralen, Levonova®.

Gyne-T-380 utvecklades ursprungligen av Population Council och har testats i randomiserade långtidsstudier av bland

Viveca Odling
Ian Milsom
Ingrid Östlund
Bo von Schoultz
Kerstin Andersson

annat WHO med en kumulativ graviditetsfrekvens under 5 år på 1,4 per 100 kvinnoår och under 10 år på cirka 1,5 graviditeter per 100 kvinnoår. Det finns inget belägg för att antalet utstötningar, uttag på grund av smärta eller blödningar, blodförlusten vid menstruation eller andelen kvinnor med dysmenorré skiljer sig hos kvinnor med Gyne-T-380 jämfört med kvinnor med andra kopparspiraler.

Det pågår för närvarande studier med Nova-T-380 men långtidsuppföljningen är begränsad. Nova-T-380 utvärderades i en öppen studie hos 400 kvinnor av vilka 259 var utvärderingsbara efter 2 år med en kumulativ graviditetsfrekvens på 1.6 per 100 kvinnoår. Nova-T-380 är godkänd för 5 års användning.

I en stor randomiserad jämförande studie av Multiload 250 och TCu 220C, som omfattade mer än 2000 kvinnor, var den kumulativa graviditetsfrekvensen efter 3 år 2.8 per 100 kvinnoår. Multiload 250 är godkänd för 3 års användning.

Det finns en randomiserad kontrollerad studie, där 300 kvinnor fått Cu SAFE 300 och jämförts med 300 kvinnor som fått en Gyne-T-380 under 3 år. I studien

var det efter 3 år ingen statistiskt signifikant skillnad i graviditetsfrekvens men signifikant fler utstötningar i gruppen som fått Cu SAFE 300. Cu SAFE 200 och 300 är registrerade för 3 års användning.

Hormonspiralen Levonova®, vars verkningsmekanism skiljer sig helt från kopparspiralernas, har en dokumenterad kumulativ graviditetsfrekvens på cirka 0.5 per 100 kvinnoår under 5 år och erbjuder utöver sin antikonceptionella effekt även andra fördelar såsom minskad blodförlust vid menstruation och minskad förekomst av dysmenorré. Levonova® är godkänd för 5 års användning.

Vilken kopparspiral skall vi rekommendera när Gyne-T-380 inte längre finns?

Vi vill bland kopparspiraler i första hand rekommendera Nova-T-380 trots den relativt begränsade dokumentationen. Vår rekommendation motiveras av den längre användningstiden (5 år jämfört med 3 år) för Nova-T-380 jämfört med de andra i Sverige tillgängliga kopparspiralerna. Eftersom infektionsrisken är ökad endast i anslutning till insättning av spiral är längre användningstid att föredra. Kopparytan är 380 mm², vilket kan förmodas göra effektiviteten hos Nova-T-380 jämförbar med Gyne-T-380. Rekommendationen motiveras även av den stora erfarenheten hos svenska barnmorskor och gynekologer vad gäller insättningsteknik från föregångaren, Nova-T, som tidigare var den mest använda kopparspiralen i Sverige.

Dessutom tycks ingen av de övriga kopparspiralerna vara bättre vad gäller effektivitet och användningslängd än Nova-T-380.

Samtidigt som det finns ett enormt behov i världen av säkra, billiga, långverkande och effektiva preventivmetoder är det en tragisk paradox att den metod, som nog kommer närmast dessa mål, tas bort ifrån marknaden pga av att den har för dålig lönsamhet! Gyne-T-380 var uppenbarligen för billig för marknaden! Vi anser att Ortho Pharmaceuticals borde ha kunnat

behålla Gyne-T-380 på marknaden, även om lönsamheten vore begränsad såsom en service mot världens kvinnor. Det är kanske inte förvånande att ett amerikanskt företag inte prioriterar produktionen av intrauterina preventivmedel då dessa används mycket lite i USA. Eftersom Gyne-T-380 är dokumenterat överlägsen alla andra kopparspiraler och har en stor global användning borde det rimligen funnits ekonomiska förutsättningar att driva produktionen vidare.

Vi föreslår att Ortho Pharmaceuticals snarast överlämnar rättigheterna till ett annat seriöst företag som är villigt att ta ansvar för att fortsätta att producera och saluföra Gyne-T-380. ■

(Detta är en förkortad version av en längre artikel, som publiceras i Läkartidningen under våren 2000. I den artikeln finns även referenser till uppgifterna i föreliggande artikel)

30 minuter för ett normalt gynekologiskt öppenvårdsbesök !

Intresseföreningen privatgynekologers kvalitetssäkringsgrupp arbetar idag med att få fram ett kvalitetssäkringsprogram för att bättre kunna evaluera gynekologisk öppenvård. En viktig del av detta arbete är definitionen av tidsåtgången för ett "normal besök". Det finns en rad skäl till att till normaltiden nu bör ändras från nuvarande 20 till 30 minuter.

- 1) Besöket till gynekolog idag är inte vad det var för 20 år sedan. Den absoluta majoriteten av våra patienter har aktuella symptom och/eller besvär som kräver utredning. Hälsokontroll patienten finns inte kvar.
- 2) Kunskapsmängden har svällt enormt, vi kan idag i öppenvård utreda/behandla många fler åkommor än tidigare (cervixdysplasier, infertilitet, endokrinologiska utredningar, blödningsrubbingar m m). Ett flertal nya diagnostiska metoder har tillkommit såsom ultraljud, endometrieprovtagning, m m, som gör att allt färre patienter måste remitteras in till specialistklinik. Ca 80 % av all gynekologisk vård kan idag bedrivas i öppenvård.
- 3) Allt oftare krävs att vi skall färdigbehandla patienten redan vid första besö-

Gunnar Möllerström
Susanne Damm
Jan Holte
Charlotta Wällgren

- ket. I de fall där operationer i slut- eller öppenvård krävs, skall all provtagning m m vara klar.
- 4) Patienternas förväntningar är annorlunda: Kvinnan/paret önskar och har rätt att få information, dels om sin sjukdom dels om olika behandlingsalternativ. De är också mer pålästa och medbestämmande är en självklarhet.
- 5) Besöket har också ofta ett didaktisk mål. Vi måste lära patienten samband/sammanhang och hur kroppen fungerar m m.
- 6) Många kvinnor har idag gynekologen som enda läkarkontakt, "kvinnans husläkare". Begreppet Kvinnohälsa är i sig multidisciplinärt. För gynekologen är det svårt att dra gränser. Migrän, tarmbesvär, psykosomatiska åkommor m m utreds också ofta av oss.

- 7) Inom vår specialitet är ett psykologiskt riktigt omhändertagande mycket viktigt, anamnes och utredningssituationen kräver finkänslighet och respekt för den kvinna vi möter. Dessutom visar ny forskning att många kvinnor (kanske så många som 30%) av de som söker oss har depressiva symptom, sociala fobier, tvångssymptom m m. Samtalet med dessa kvinnor måste få ta tid.
- 8) Besök till andra specialiteter med klart mindre tidskrävande anamnes/undersökningsrutiner har idag samma tid som gynekologen (öron, hud, ögon, m fl).
- 9) På de kvinnokliniker där man infört 30 minuter som normalt tid upplever man (läkare - övrig personal - patienter) att arbetsmiljön väsentligt har förbättrats och fler patienter är nöjda.

Ovanstående argument diskuterades vid verksamhetschefsmötet mellan chefsöverläkarna för landets samtliga kvinnokliniker, SFOG och representanter för öppenvården, i samband med Vintermötet i Uppsala 2000-02-03. Det förelåg vid detta möte enighet att 30 minuter bör anses som den tid ett normalbesök i gynekologisk öppenvård tar. ■



Vintermötet 4 februari 2000

En grå-regnig fredag i början av februari kunde vi glädjas åt lite ljus i tillvaron då årets vintermöte gick av stapeln på Sky City Arlanda. Organisatörer var i år Kvinnokliniken i Uppsala där Ulf Ulmsten och medarbetare lockade med ett varierat och spännande program.

Förmiddagen ägnades huvudsakligen åt gynekologi med Elisabeth Darj som moderator.

Först ut var Leif Wide, professor emeritus i Klinisk kemi i Uppsala. Rubriken var "Några personliga synpunkter på utvecklingen av den gynekologiska endokrinologin". Det måste erkännas att jag, som förhållandevis ung gynekolog, inte kände till Leif Wide innan detta möte. Med stigande förvåning började jag undra hur detta kunnat vara möjligt. Många av de metoder vi idag använder och mycket av den kunskap vi idag har kan vi tacka Leif Wide och hans medarbetare för.

Leif Wide berättade om hur graviditetstester tidigare utfördes så att man injicerade 10 ml urin från den eventuellt gravida kvinnan intravenöst på kanin. Efter 2 dygn avlivades kaninen och fann man då förstörade ovarier med blödningar var kvinnan, från vilken urinen tagits, med 98% säkerhet gravid. En långsam, otymplig och etiskt tveksam metod. Leif Wide var den som utvecklade antikroppsbaseade metoder för bestämning av bl a hCG och introducerade 1966 en "solid-phase competitive immuno-assay" vilket är grunden för alla moderna graviditetstest.

Ur denna metodik har ytterligare diagnostika utvecklats, bl a RAST och ett flertal andra mätmetoder. Idag används globalt diagnostika för ca 100 miljarder kronor per år vilka baseras på metoder utvecklade av Wide!!

Jan Brynhildsen

Kvinnokliniken
Linköping

På 70-talet bedrevs studier kring gonadotropiner och gonadotropinfrisättande hormoner och man visade hur ovulation kunde induceras med dessa. Man var också först med att visa att långverkande GnRH-analoger efter en initial stimulering leder till nedreglering och istället hämmar ovulationen. Vidare studier bedrevs kring bromokriptin vid behandling av prolaktinom.

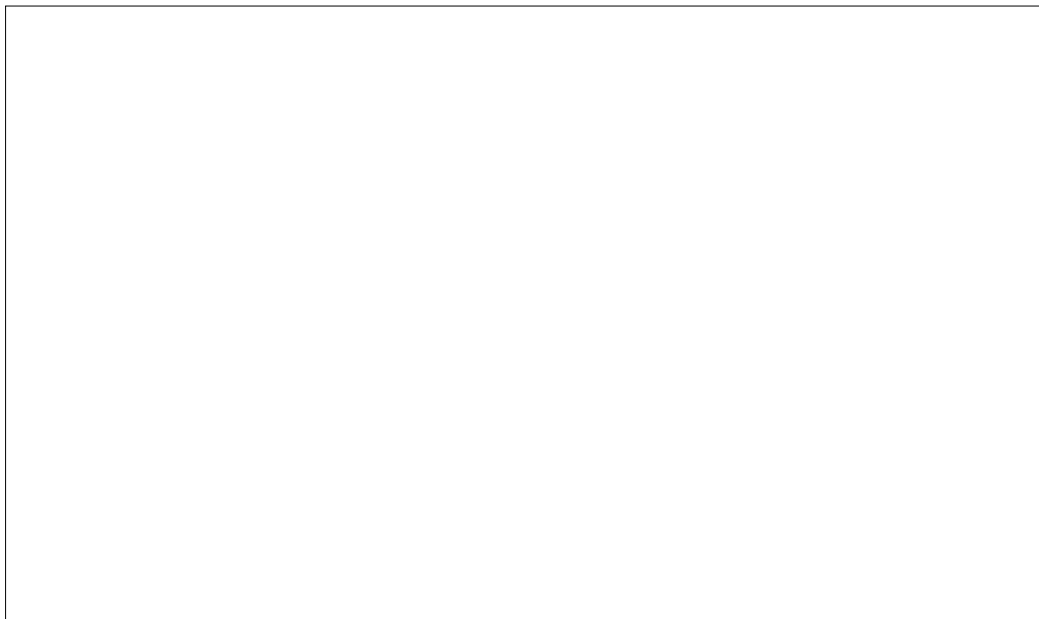
Dagens forskning ägnas åt att bl a studera könsskillnader i GH koncentrationer där man funnit att kvinnor har ca 80-100 gånger högre morgonvärden än män. En skillnad som dock minskar betydligt om man vilar. Sannolikt kan lättare stress inducera en ökning av GH hos kvinnor. Detta kan vara adrenalinberoende. Vidare studeras olika isoformer av peptidhormoner vilket kan ge olika biologiska egenskaper. För FSH finns t ex 4 olika huvudformer där halveringstiden varierar. Således är en stor del av FSH-ökningen postmenopausalt beroende på en förlängd halveringstid.

En minst sagt imponerande forskargärning (361 arbeten i PubMed, och min dator har säkert missat en del!) och ett fascinerande föredrag som också belyste hur fort utvecklingen faktiskt har gått under de senaste decennierna.

Förmiddagen gick vidare med menometrorragier som tema. Matts Olovsson gick igenom utredningsgång och olika konservativa behandlingsprinciper. Något som ju ofta poängterats den senaste tiden är att man skall tänka på en eventuell bakomliggande koagulationsrubbningsvilket kan indicera behandling med desmopressin. I vissa studier har man funnit att upp till 17% av kvinnor med terapiresistenta menometrorragier har en bakomliggande koagulationsdefekt. I den efterföljande diskussionen påpekade dock Kerstin Andersson att de studier där man funnit dessa siffror rört sig om "hopplösa fall" där man provat all gängse farmakologisk behandling förutom desmopressin och det alltså rört sig om ett kraftigt selekterat patientmaterial. Hon poängterade att man inte kan förvänta sig samma andel koagulationsrubbnings i ett oselektat patientmaterial på en "vanlig mottagning".

Matts Olovsson spekulerade också i framtida mer specifika behandlingsmetoder som mer inriktar sig på angiogenesisen och dess modulatorer.

Den kirurgiska behandlingen av blödningsproblem beskrevs med sedvanlig finess av Christian Ottosen där indikationer, kontraindikationer och komplikationer för olika hysterektomimetoder kommenterades. Christian gav också en del praktiska tips, t ex att det vid vaginal hysterektomi kan vara fördelaktigt att



Ulf Ulmsten och Leif Wide, organisatör för Vintermötet respektive föreläsare.

börja i bakre fornix och dela sacrouterinalligamenten för att härefter få uterus mer mobil vilket underlättar betydligt.

Efter Lunch och utställning ägnades eftermiddagen åt Obstetrik med tonvikt på "fosterövervakning förr, nu och i framtiden". Bo A Nilsson inledde med ett personligt perspektiv på obstetrikens utveckling under 1900-talet där vi gått från "tratten och väskan" till dagens obstetrik. Det är alltid fascinerande att få perspektiv på den vård vi bedriver idag. Bland annat beskrev Bo A Nilsson den stora tilltron som fanns till CTG på 70-talet men hur man som en konsekvens snabbt såg en stigande sectiofrekvens (från 5 till 12 procent mellan 1973 och 1980). Olika radiologiska metoder för utredning av obstetriska problem beskrevs och man insåg åter igen vilket fantastiskt hjälpmedel ultraljudet är.

Målände beskrevs också äldre behandlingsrutiner vid preeclamps, induktion, prematura sammandragingar etc.

Härefter tog Ulf Hansson över och mycket kom att handla om de metoder vi använder idag och deras berättigande. Hur använder vi de metoder vi har? Vilka indikationer finns? Följer vi indikationer eller gör vi mycket utan egentligt stöd för att det vi gör verkligen är till nytta? Det

handlar alltså om Evidence Based Medicine och hur vi använder vår kunskap. Ulf Hansson påpekade att många metoder, t ex CTG och pulsvågsanalys med doppler, används långt mer än där man kunnat se något dokumenterat värde av undersökningarna. Således är pulsvågsanalys en bra metod att följa patienter med svår preeclamps eller intrauterin tillväxthämning men tveksamt annars. Likaså är värdet av antenalt CTG diskuterat. CTG vid diabetes och tidigare intrauterin fosterdöd har inte något säkerställt värde. Ulf Hansson var dock mycket noga med att påpeka att "ej säkerställt värde" betyder just det, inte att metoden är värdelös. Många metoder kan mycket väl vara bra men har införts som rutin med bristfälliga studier som bas. Vi bör alltså inte momentant göra oss av med metoder som inte har ett säkert dokumenterat värde men vara vaksamma på vad vi vet och vad vi inte vet!!

Vidare studier behövs och vikten av att ha korrekta "end-points" poängterades.

Framtida forskning måste utgå från de problem vi har idag. En konstant nivå av intrauterin fosterdöd, hypoxi under förlossning, bakomliggande mekanismer vid hjärnskada etc.

Vi måste veta etiologin till de problem vi skall övervaka!

Att göra undersökningar med "för säkerhets skull" som indikation är mycket tveksamt.

Efter denna exposé över fosterövervakningen berättade Boel Stålnacke om UAS' erfarenheter av tidig/direkt hemgång och visade vad en väl genomtänkt organisation kan åstadkomma i form av nöjda patienter, nöjd personal och samtidiga besparingar!!

Härefter rundade Ulf Ulmsten av med att berätta om det glädjande samarbetet mellan UAS och Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU), Center for Reproductive Biology in Uppsala (CRU) där man samarbetar över reproduktionsbiologisk forskning och nu har en större och mer slagkraftig enhet.

Avslutningsvis lämnades stafettpippen över till Viveca Odland som hälsade välkommen till Stockholm och nästa års vintermöte i regi av Kvinnokliniken vid Karolinska sjukhuset.

Stora delar av sällskapet drog sedan vidare för gemensam middag i Östermalmshallen medan vi andra istället tog tåget hem via McDonalds. ■

NordSvenska Gyn-mötet

Så kom då ljuset återigen till Norrland! Februari månad led mot sin utgång och vintern hade just börjat släppa sitt järnhårda grepp samtidigt som Nordsvenska gyneföreningen passade på att hålla sitt årsmöte.

Som värd stod kvinnokliniken i Umeå med professor Torbjörn Bäckström och verksamhetschef Inga Sjöberg. Till att råga på allt hade föreningen i år även möjlighet att fira ett jubileum, sitt 20-årsjubileum!

Mötet som avhölls på Folkets Hus i Umeå hade samlat ett flertal deltagare från Norrlands samtliga sjukhus. Ett antal framsynta kollegor från sydligare breddgrader hade även tagit tillfället i akt att gästa mötet. Nordsvenska gyneföreningen har under åren varit en mycket livaktig förening, mer lagd åt det praktiska och det sociala än åt det teoretiska och byråkrattiska. Detta framkom i samband med inledningsanförandet, där Torbjörn Bäckström gav en exposé över föreningens historia. En framställning som i hög grad byggde på muntlig tradition emedan protokoll och föredragningslistor inte infördes förrän under mitten på 90-talet!

Det vetenskapliga programmet innehöll en exposé över alltid lika intressanta ämnen inom den praktiska obstetrike och gynekologin. Eva Holmberg från klinisk genetik i Umeå berättade om hereditär reproduktiv cancer och

Lars Berglund
KK, Sundsvall

Karin Boman från gyn onkologiska sektionen presenterade det nyligen färdigreviderade vårdprogrammet för gynekologisk cancer. Här återfinns nu för första gången väl genomarbetade vårdprogram för alla gynekologiska cancerformer samlade i en enhetlig pärm som har spridits till de nordsvenska gynklinikerna. Pärmsens innehåll är resultatet av flera arbetsgruppers möda

under åren. I sammanställningen har Onkologiskt Centrum i Umeå varit av ovärderlig hjälp. De norrländska gynekologerna vilar dock inte på lagrarna utan redan till våren påbörjas revision som sedan kontinuerligt kommer att pågå.

Under moderator Marie Bixos ledning behandlades det alltid lika aktuella ämnet förtidsbörd av Per-Åke Holmgren från Umeå-kliniken. Här redovisades bla de stora framsteg som gjorts under de senaste åren avseende uppföljning såväl på kort som lång sikt av mycket prematurt födda barn.

Deltagarna vid Nordsvenska gynekologmötet skålar för 20-års jubileet.

Den officiella delen av torsdagen avslutades med färgsprakande fest och dans på rådhuset i Umeå. För dem som därmed inte lät sig nöja lär fortsättning ha följt i avgränsade grupper under ledning av en och annan läkemedelsrepresentant.

Fredagen inleddes för de pigga och oförstörda av Ingrid Mogren som behandlade reproduktiva faktors betydelse för moderns och barnets hälsa. Hon visade genom att undersöka mödrars och deras döttrars graviditeter och sjuklighet en relativ riskökning för dottern att erhålla preeklampsi om modern haft denna sjukdom under sin graviditet. Dock påpekades att endast ca 3-4% av all preeklampsi kan förklaras ur hereditära faktorer. Likaledes kunde hon peka på en 30%-ig överrisk för överburenhet i dotterns graviditet om hennes egen moder själv gått över tiden. Reproduktiva faktorer såsom moderns ålder, födelsevikt och paritet visade sig också ha betydelse för insjuknande i olika

cancerformer samt blodtryckssjukdom. Ingrid avslutade med att påpeka graviditetens stora betydelse för kvinnans och hennes barns framtida hälsa.

Professorn i pediatrik, Olle Hernell, fortsatte på det inslagna spåret genom att tala om kostens betydelse för det nyfödda barnets hälsa. Olle uppehöll sig speciellt vid olika kosters fettsyreinhåll och barnets successivt förändrade metabola förmåga att kunna hantera de olika fettsyrorerna i kosten. Sammanfattningsvis konstaterade han också att kosten tidigt i åren i hög grad påverkar barnets senare utveckling.

Fredagens vetenskapliga program avslutades av bl a Ulf Högberg och Susanne Gustavsson, som tog upp behandling av hotande prematuritet och under denna rubrik även redogjorde för den pågående jämförande studien mellan Nitroglycerin och placebo i behandling av hotande förtidsbörd.

Nordsvenska gyneföreningen kunde i år för första gången utdela stipendier ur sin forskningsfond. Fem forskningsstipendier utdelades till unga lovande forskare inom norra sjukvårdsregionen, som härmed får möjlighet att under en koncentrerad tidsperiod helt få ägna sig åt sitt forskningsprojekt.

I anslutning till stipendieutdelningsceremonin utdelades också årets pris till bästa undervisningsklinik inom norra sjukvårdsregionen. Priset som röstats fram av de utlokaliserade kandidaterna gick i år till Sundsvallskliniken som i triumf kunde hemföra den åtråvärda pokalen att beundras under kommande året.

Avslutningsvis hälsades härefter samtliga närvarande välkomna till nästa års möte, vilket kommer att avhållas den 22-23 februari på Sunderbyns sjukhus och vi ser fram emot att få beskåda detta det senaste och kanske det sista(?) helt nybyggda sjukhuset i Sverige. ■

Debatt:

Forskning – kan det löna sig för kvinnosjukvården?

Jag är nyligen färdig specialläkare och tillika forskarstuderande vid Institutionen för obstetrik och gynekologi vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö. Jag fick möjligheten att tillsammans med ämnesföreträdaren, professor Nils-Otto Sjöberg vid Lunds universitet, delta i Medicinska Forskningsrådets seminarium i Lund. Seminariet hade som rubrik "Forskning – kan den löna sig för vården?". Seminariet vände sig till kliniska forskare, ämnesföreträdare, verksamhetschefer och politiska beslutsfattare inom vården. På mötet presenterades några exempel på god klinisk forskning och dess betydelse för sjukvården. Från vår egen specialitet hade tre goda exempel på forskning om kvinnors hälsa (poliklinisk inkontinenskirurgi, gynekologiskt ultraljud och tumörer samt studie om gravida invandrarkvinnor) valts ut av Medicinska Forskningsrådet.

Som de flesta säkert redan känner till har Medicinska Forskningsrådet i rapporten "Den kliniska forskningens kris och pris" försökt att analysera grundproblemen till att klinisk forskning idag tycks sakna allt mer meritvärde.

Under min tid som läkare under specialistutbildning och tillika forskarstuderande har det slagit mig flera gånger hur både beslutsfattare och även kollegor inom vården inte längre ser forskningen som en tillgång utan snarare som en belastning, t ex när jag har fått tid för forskning på dagtid ses det som "ledighet". SFOG har vid ett flertal tillfällen de senaste åren tagit upp frågorna om t ex den hotande bristen av

Birgitta Essén

specialistläkare, forskarstuderande
Universitetssjukhuset MAS, Malmö

specialistläkare och den sneda könsfördelningen bland yngre gynekologer. Jag ställer frågan om det finns en oro bland landets ämnesföreträdare för forskningen inom vår specialitets framtid och om man i så fall tror att det bl a beror på det ökade antalet kvinnor?

Delvis har grundproblemen inom den kliniska forskningen redan identifierats, t ex att luften försvunnit inom det kliniska arbetet för forskningsarbete, att vetenskapligt arbete inte belönas ekonomiskt eller i tjänsteställning på samma sätt som det gjorde tidigare. Det finns en trend i samhället att se sjukvården som en tärande sektor och inom sjukvården i sig, ser man forskningen som en belastning istället för tillgång. Idag är inte yngre kollegor heller beredda att bedriva forskning under dåliga arbetsvillkor eller på fritiden.

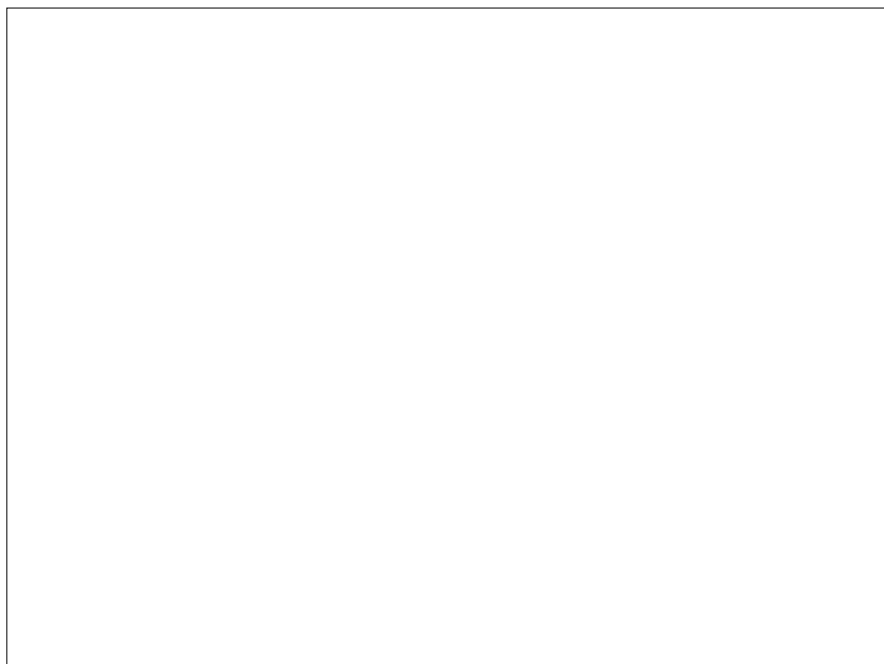
Jag har alltid sett SFOG som ett naturligt forum att driva intressanta och angelägna frågor inom vår specialitet och en öppen fråga till SFOGs styrelse är nu om ni anser att det är en fråga för vår specialistförening och i så fall om det är angeläget att driva frågan: om forskning lönar sig för kvinnosjukvården? Jag har funderat på alternativ till fritidsforskningen, som jag anser leder till dålig kvalitet och kan vara en orsak till att den kliniska forskningen

haft relativt dåligt rykte. Jag tror att verksamhetschefer tillsammans med ämnesföreträdare som båda förhoppningsvis strävar efter en bättre vård för patienten, skulle försöka ta tillbaka forskningen som en naturlig del av det dagliga arbetet inom sjukvården, såväl på universitetssjukhus som länssjukhus. Ett annat förslag är att genom konkret förbättring av arbetsmiljön (datorer, arbetsrum, fortbildning) för läkare kan detta leda till en ökad rekrytering av läkare till vår specialitet. De goda exemplen på forskar-ST-block inom gynekologi och obstetrik som finns vid universitetssjukhuset i Umeå kunde prövas på fler ställen. Det fördjupningsarbete som ST-läkarna utför under ST-tiden kunde planeras tillsammans med ämnesföreträdare och på så sätt kanske utgöra en start av ett mer omfattande vetenskapligt arbete. Att bättre meritiera yngre kollegor som genomgått den frivilliga specialistexamen som inkluderar obligatoriskt skriftligt examensarbete kan vara ett annat sätt att öka rekryteringen till forskarutbildningen. SFOGs efterutbildningskurser kunde breddas beträffande ämnesvalet och omfatta t ex områden som etik, statistik och epidemiologi.

Det här är bara några exempel och genom en diskussion inom specialiteten hoppas jag att det kan komma fler exempel och förslag till hur vi ska internera i frågan, om den uppfattas som angelägen.

Personligen har inspirationskällan till min egen forskning just varit kliniskt arbete inom mödra- och förlossnings-

vården och mötet med kvinnor från andra kulturer. Kliniska problem och svåra situationer har först lett till frustration då jag inte haft kunskap eller erfarenhet om handläggningen. Men genom forskningen har jag hittat metoder och en struktur för identifiering av komplexa situationer som lett till olika strategier och lösningar. Gensvaret från patienterna har verkligen gett mig idéer och ork att gå vidare med forskning parallellt med en tung klinisk tjänstgöring inkluderande jourer, familjesocialt arbete och ett stimulerande men obetalt arbete inom SFOG. Jag hoppas att rubriken på artikeln blir en inspirationskälla till oss alla inom SFOG och som vi gemensamt kan diskutera vid t ex ett årsmöte. OGU, PUK eller Utbildningsnämnden skulle t ex kunna utforma en enkät till professorer, lektorer och aktivt forskarstuderande inom vår specialitet - för kanske är jag ensam om mina funderingar?!



Birgitta Essén presenterar sina forskningsresultat vid läkarstämman 1999.

Replik:

I inlägget "Forskning - kan det löna sig för kvinnosjukvården?" tar Birgitta Essén upp ett antal frågor som är helt avgörande för kvinnosjukvårdens framtid, åtminstone vid landets universitetssjukhus. Forskning lönar sig absolut, för våra patienter och för huvudmannen. De senaste tjugo årens pionjärinsatser, först inom experimentell - därefter även i den patientnära forskningen, har gett Sverige en särställning inom assisterad befruktning. Inom den minimalintensiva kirurgin har de centra som satsat kliniskt och forskningsmässigt bidragit till bättre patienttillfredsställelse i kombination med poliklinisering och kortare sjukskrivning. Banbrytande arbete avseende handläggning av missfall respektive ektopisk graviditet har likaledes givit ökad kvalitet till ett lägre pris. Listan kan göras lång. MEN - dagens forskning, i team, med höga vetenskapliga krav etc

Nils Crona
Divisionschef
Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

kan inte drivas av enskilda läkare på fritid. Forskningens plats som en viktig del av klinikens och kollegornas dagliga verksamhet måste befästas. Detta tror jag bejakas av landets verksamhetschefer. Tack vare bl a ALF-LUA-systemet är det heller inte ett ekonomiskt problem att bereda tillräcklig, planerad tjänstgöringstid dagtid för goda forskningsprojekt.

Vari ligger då problemet? Jo, de flesta av landets universitetskliniker (liksom övriga kliniker) har tagits med överraskning av den tilltagande bristen på specialister. Vi har framför allt under första halvan av 90-talet misskött nyrekryteringen till vår specialitet och inte insett att den höga

andelen 40-talister i vår kår liksom kraven på deltidstjänstgöring bland de yngre kollegorna innebär en brist på tillgänglig arbetskraft i förhållande till behovet. Det är hög tid att bryta denna onda cirkel, dvs att det kliniska arbetet tar så mycket tid att såväl forskningstid som möjligheter till kompensationsledighet får stå tillbaka. I västra regionen har vi inlett ett arbete att inventera utbildningspotentialen för nya ST-läkare i samtliga kvinnokliniker. Detta för att kunna öka antalet ST-läkare utan att tumma på utbildningens kvalitet. Liksom Umeå har vi i Göteborg goda erfarenheter av forskar-ST-tjänster med ett femtioprocentigt forskningsutrymme. Sammanfattningsvis lönar sig forskning för kvinnosjukvården och måste vara ett prioriterat område, vilket endast kan lösas genom en genomtänkt rekryterings- och utbildningsstrategi.

Replik:

Birgitta Essén tar upp ett mycket viktigt ämne. Jag tror få frågor är så viktiga för vår framtid och för vår rekrytering som just dessa om hur vi skall återskapa möjligheterna för så många som möjligt att aktivt delta i forskning och utveckling som en naturlig del av det dagliga arbetet inom kvinnosjukvården. Den kliniska forskningens kris diskuteras för närvarande på många olika nivåer och självklart skall SFOG som specialitetsförening försöka engagera sig på ett bättre och mera aktivt sätt än tidigare.

Som ämnesföreträdare vill jag svara Birgitta att jag känner en djup oro för den pågående utvecklingen men absolut inte på grund av det ökande antalet kvinnor inom vår specialité. Det är naturligtvis viktigt med ett genusperspektiv också på forskningen men problemen är generella för i stort sett alla kliniska specialiteter och särskilt för de med hög patientbelastning och tung jourbörda. Dit hör förstås gynekologin och redan 1992 publicerade den amerikanska National Research Council en utredning "Strengthening Research in Academic OB/GYN Departments", National Academy Press, Washington DC, 1992. Man hade då märkt ett minskade antal ansökningar om forskningsanslag varav också allt färre hade beviljats ekonomisk stöd hos olika stiftelser och forskningsfonder. För att vända den negativa utvecklingen föreslogs en rad åtgärder bl a en förstärkt representation i NIH (motsvarande vårt medicinska forskningsråd); inrättande av särskilda landsomfattande eller regionala forskningsprogram inriktade mot kvinnosjukvården, exempelvis kvinnor och cancer, kvinnohälsa, human reproduktion, graviditetsutfall, STD, infertilitet, etc. Detta ledde bl a till regeringsbeslut om t ex Women's Health Initiative och många andra i USA nu pågående projekt. Här i Sverige behöver vi en liknande satsning. För att lyckas med detta framhöll man vikten av att ämnesföreträdare och representanter för obstetrik och gynekologi aktivt engagerar sig i information och utbildning av beslutsfattare på olika nivåer inom såväl offentlig

Bo von Schoultz Ordförande

som privat sektor. Jag tror det är mycket viktig för att öka förståelsen för behovet av forsknings och utvecklingsinsatser riktade mot kvinnor i Sverige.

Vidare började man försöka profilera forskning och utbildningsfrågor inom American College of Obstetrics and Gynecology (motsvarigheten till SFOG) och förstärka meritvärdet av FoU erfarenheter vid tjänstetillsättningar på alla nivåer och rekryteringsstöd inrättades för unga forskare. Slutligen uppmanade man till att samla forskningsstödsresurser av typ epidemiologi, sociologi, psykologi och statistik till de större kvinnoklinikerna i landet. De allra flesta av dessa förslag tycker jag är väl värda att kämpa för också i Sverige.

Forskning och utveckling får heller inte ses som en angelägenhet enbart för universitetsklinikerna. Vid senaste årsmötet i Sundsvall fick vi goda exempel på hur man framgångsrikt kan bedriva forskning på distans inom norra regionen. Förutom viktiga resultat gav distansforskningen också stimulans och kompetensutveckling samt bidrog till en positiv arbetsmiljö för individen.

Läkarförbundet gav 1998 ut ett policyprogram "De medicinska forskningsvillkoren". Man går nu vidare med ett handlingsprogram "Handbok för förbättringar – åtgärder för att förbättra villkoren för den medicinska forskningen" som just är ute på remiss till specialitetsföreningarna. Man tar upp många problem och möjligheter till åtgärder. En viktig bit är ekonomin, dels bristen på resurser men också och kanske ännu viktigare systemet för tilldelning av befintliga resurser. Under senare år har utvecklingen på många håll lett till en koncentration av resurser till färre forskargrupper och man har drivit linjen att framförallt satsa på spetsforskning. Birgitta skriver att den kliniska forskning haft "dåligt rykte". Jag menar att det beror mycket på vem som äger problemformuleringen och vem eller vilka som

definierar vad som är viktig och angelägen forskning. Det är dags för oss inom den patientnära och i verklig mening kliniska forskningen att räta på ryggen och med stolthet framhålla vikten av vårt arbete med problemställningar som direkt berör patienterna. Just här i Sverige har vi genom vår sjukvårdsorganisation, ett gott förtroende från våra patienter, våra personregister och en hög deltagandefrekvens i olika behandlingsprogram och screeningverksamheter utomordentligt goda förutsättningar att bedriva en internationellt konkurrenskraftig patientnära forskning. Även om naturligtvis experimentell och molekylärbiologisk forskning också är viktig så har just den kliniska forskningen av tradition varit ett område där Sverige hävdat sig särskild väl. Den kliniska forskningen bygger på delaktighet och medverkan från läkare på alla nivåer och den nuvarande utvecklingen där forskning tenderar att bli en angeläget för ett fåtal mindre grupper är djupt olycklig. Tillgängliga ALF och FoU-medel bör ses som basresurser och omfördelas till förmån också för kliniker och enheter med tung klinisk börda. Detta innebär att man ökar bredden på forskningen och ger fler möjligheter till forskarutbildning. Medan det för universitet och högskolor kanske kan vara en tänkbar målsättning att satsa koncentrerat inom endast ett fåtal områden, är det ute på våra kliniker i sjukvårdsmiljö helt nödvändigt att vidmakthålla bredden och att driva forskning och utveckling inom hela ämnesområdet.

Avslutningsvis vill jag hålla med Birgitta om att det är viktigt att verksamhetschefer och ämnesföreträdare arbetar tillsammans för att åter göra forskning till en naturlig del av det dagliga arbetet inom sjukvården och att man kan erbjuda unga forskarstudenter rimliga arbetsförhållanden och försörjning. Tanken att lägga in ämnen med forskningsanknytning som t ex statistik och epidemiologi i våra efterutbildningskurser tycker jag personligen är utmärkt. Hoppas nu att så många som möjligt vill delta i den fortsatta diskussionen, vi behöver alla goda förslag! ■

Debatt:

Vaginalt ultraljud

Med anledning av SFOG styrelsens inlägg i ultraljudsdebatten.

UTDRAG UR JOURNALANTECKNINGAR med händelser från verkligheten men med spekulativa kommentarer anpassad för vår debatt.

00 02 01

K.K. 49-XX-XX

Kommer för kontroll av hormonbehandling. Mår utmärkt och är nöjd med östrogenerna. Ömmar i bröstet ibland. Tycker de känns "knöliga". Regelbundna utsättningsblödningar. Äter inga övriga mediciner. Mammografi för 1 år sedan ua.

Även om det inte finns särskild *indikation, men patienten går hos gynekolog och det var två år sedan föregående gynundersökning och smear är inte taget på 3 år, utföres*

-GYN; Vulva vagina portio ua. Uterus afld, nst, mobil, oöm. Fritt åt sidorna. Smear.

Eftersom enstaka kvinnor kan få en blodtryckförhöjning av östrogen tas

-BLODTRYCK: 160/105 i sittande. 155/100 i liggande efter vila.

Eftersom gynekologer för allt större medicinskt ansvar för bröstets sjukdomar och jag behöver träna på bröstundersökningar palperas

-MAMMAE: symmetriska, normala mammiller. I övre laterala kvadranten i vänster bröst känns en spolförmad 1x3 cm

Inger Björn

öppenvårdgynekolog och daglig användare av vaginalt ultraljud, Piteå

stor fast förändring, fibroadenosliknande. Hö bröst ua. Axiller fria.

-BEDÖMNING OCH ÅTGÄRD: Fortsätter med östrogen. Blodtryckkontroll hos sköterskan nästa vecka. Remiss mammografi.

00 02 08: Blodtryck hos sköterska efter 10 min vila i liggande 135/85

00 02 16: Mammografi utan patologiska förändringar. Oförändrat i jämförelse med undersökning 99 01 14.

00 02 21; Smear visar ingen atypi, inga dysplastiska celler. Körtelepitel normalt.

Detta besök renderade tre extra undersökningar som i efterhand visade sig vara "onödiga"????

00 03 01

N.N. 46-XX-XX

Söker för diskussion om hormonbehandling. Började få oregelbunden mens redan -97, undersöktes vid KK Piteå och fick gulkroppshormon att ta 10 dagar varje månad. Enligt patienten normalt undersökningsfynd. Mensen fungerade bra i ett

år. Därefter åter oregelbunden mens och sömnstörningar. Ringde vårdcentralen och fick utskrivet sekventiella östrogen. Mådde mycket bra och fick regelbundna utsättningsblödningar. Efter ett år tilltagande mensmängd. Ringde åter VC och fick prova tibolon. Slutade på grund av vallningar och sämre nattsömn. Återgick till sekventiella östrogen som hon mår mycket bättre av men störs i jobbet av rikliga utsättningsblödningar. Känner sig annars pigg och frisk. Brukar aldrig vara sjuk. Jobbar som kontorschef.

-GYN; östrogeniserade slemhinnor. Vulva vagina portio ua. Uterus uppdriven till knytnävstor, mobil, lätt ömmande, känns myomatös. Inga utfyllnader över adnexa.

-VAGINALT U-LJUD; Förstorad uterus, tvärdiameter 11 cm. Intramural rundad myomlik förändring men utan klassiska myomskuggor. 55 mm i diameter. Har små förkalkningar i ytterkanterna. Endometrium 5 mm. Ovarier ses ej.

-BLODTRYCK: 240/120. Efter 10 min vila i liggande 200/120.

-BEDÖMNING OCH ÅTGÄRD: Rekommenderas sluta med östrogen. Oklart om östrogen orsakat blodtrycksförhöjning och myomtillväxt. Beställer journalkopia KK. Tar EKG. Kontroll

blodtryck hos sköterskan om två dagar och återbesök hos mig nästa vecka. Ny gynundersökning om 3 månader.

I det här fallet hade inga undersökningar alls gjorts.

Nya undersökningsmetoder och tekniska hjälpmedel strömmar in i vår medicinska vardag, och kommer att så fortsätta. När stetoskopet var nytt behärskade inte alla att tolka vad de hörde. Om man är doktor, både ny och erfaren, är man inte alltid säker på sina undersökningsfynd och om man inte har bra handledning eller hjälp av kollegor kommer tveksamma fynd att leda till remisser. I efterhand kanske man kan säga att de inte behövdes. Gynpalpation är av tradition, och kanske för att andra icke operativa undersökningsmetoder av kvinnliga inre genitalia inte funnits förrän ultraljudets dagar, den accepterade modellen. Handen är ibland okänslig och visst luras vi bland att tolka bifynd i lilla bäckenet som patologiska. Hur många gånger har inte explorativa laparotomier utförts på indikation oklar resistens?

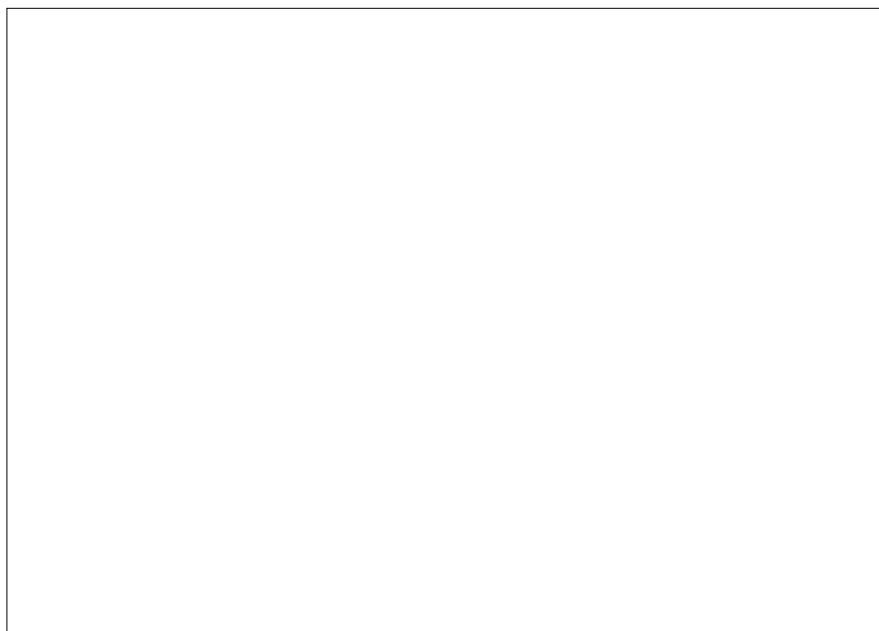
Jag tror att vi skall komplettera handen och ögats fynd för att få en bättre helhetsbild och i möjligaste mån undvika utsätta våra patienter för onödiga ingrepp. Det bästa sättet att undvika felbedömningar vid vaginalt ultraljud är att utbilda sig, bli handledd och att träna, träna, träna.

Till SFOGs styrelse!

Hämma inte vårt bruk av det vaginala ultraljudet i den gynekologiska vardagen. Ögat kan finna vad handen missar och handen kan känna vad ögat inte ser. ■

**Glöm inte
SFOGs debattsida
www.svls.se/sektioner/sfog**

DITT MEDLEMSNUMMER I LÄKARFÖRBUNDET
ÄR DITT LÖSENORD



Susanne Gustavsson och Inger Aurell.

Kommentar:

En av de återkommande punkterna på Nordsvenska Gynmöten är en medicinsk ”audit”, som enklare uttryckt, är ett frågeformulär och ett diskussionstillfälle för mer eller mindre kontroversiella ämnen inom området gynekologi/obstetrik. Årets medicinska audit tog upp frågor kring det vaginala ultraljudet, framför allt utifrån SFOGs styrelses synpunkter i sista Medlemsbladet.

På Nordsvenska Gynmötet kunde man konstatera att alla (utom en) använde det vaginala ultraljudet i sin vardag och alla ansåg att den gynekolog som har gynekologisk mottagning skall kunna göra vaginalt ultraljud. Mötesdeltagarna var välutbildade, dryga 80% hade minst steg 1 utbildning, knappt 20% saknade utbildning. 60% ansåg att det skall finnas en indikation för vaginalt ultraljud och att den skall journalföras. 60% ansåg ej att praktisk träning med ultraljud var en indikation som skulle journalföras och inte heller att patienten skulle informeras om att undersökaren tränade sig. 46% ansåg att det vaginala ultraljudet ingår i gynundersökningen likaväl som palpation.

Inger Aurell

Privatgynekolog
Luleå

Utifrån svaren på den medicinska auditen och den efterföljande diskussionen kan man sammanfatta följande:

- Det vaginal ultraljudet används av en klar majoritet och är ett självklart instrument för den gynekolog som har gynmottagning.
- Det skall finnas en indikation för vaginalt ultraljud, men indikationerna är vida.
- Det vaginala ultraljudet ses alltmer som ett komplement till palpation och anamnes, och är en del av det gynekologiska besöket.
- SFOGs riktlinjer för ultraljud upplevs som ”mästrande” och ”pekpinnemässiga”.
- Lösningen på ”vild” användning av vaginalt ultraljud kan bara vara diskussion, utbildning och träning. ■

Vinnande bidrag vid 1999 års läkarstämma

Bästa föredrag:

APC-resistens och Graviditet

Pelle G Lindqvist¹, Peter J Svensson^{2,4}, Karel Maršál³, Lars Grennert¹, Marie Luterkort⁵, Björn Dahlbäck⁴.
Institutionerna för Obstetrik och Gynekologi^{1,3}, Medicin², Koagulationssjukdomar⁴, Universitetssjukhusen i Malmö^{1,2,4} och Lund³ och Slottsstaden Läkargrupp⁵, Malmö.

Cirka 1 miljon svenskar är sannolikt APC-resistenta, dvs de har en ärftligt försämrad antikoagulation som medför en livslång cirka fem-faldigt ökad risk att få venös trombos. Orsaken till varför APC-resistens är så vanlig har tidigare inte varit känd, men den antas ha uppkommit genom en punktmutation för cirka 25.000 år sedan. Alla APC-resistenta individer har i den nära kromosomala omgivningen till mutationen samma genetiska uppsättning, samma "genetiska fingeravtryck".

Den molekylära bakgrunden till ärftlig aktiverad protein C (APC)-resistens orsakas nästan alltid av samma mutation på koagulationsfaktor V, aminosyran arginin ersätts av glutamin vid 506-positionen, som är ett viktigt klyvningsställe för inaktivering av aktiverade koagulationsfaktorerna V och VIII. Om det blir fel här leder det till försämrad aktivitet i dessa två viktiga regler-faktorer i koagulationen, och det i sin tur medför en försämrad anti-

koagulation med ökad risk för venös trombos. Eftersom den intervillösa placentacirkulationen liknar venös cirkulation med lågt flöde, samt lågt tryck så skulle APC-resistens kunna leda till preeclamps, tillväxthämning, och missfall. Ett sådant samband har föreslagits i flera mindre studier.

Vi planerade en stor prospektiv studie angående APC-resistens under graviditeten. Vi hade två syften dels att studera förekomsten, men också att studera naturalförloppet hos APC-resistenta kvinnor under graviditet. 2480 kvinnor ingick i studien. De intervjuades, samt lämnade blod i tidig graviditet.

Elva procent av kvinnorna visade sig vara APC-resistenta, 7 homozygoter och 263 heterozygoter. Drygt 1% av de APC-resistenta kvinnorna fick trombos i anslutning till graviditeten, vilket är en åttafaldig ökning jämfört med icke APC-resistenta (0,13%). Det fanns inga skillnader i fetal vikt, viktdeviation, navelsträngs-pH, graviditetslängd, förlossningssätt eller andra maternella faktorer. När det gäller förekomst av preeclamps, tillväxthämning, eller ablatio fanns det heller ingen skillnad mellan kvinnor med eller utan APC-resistens. Det fanns inte heller några olikheter i tidiga eller sena missfall i aktuell, eller tidigare graviditeter. (De definitioner som vi använt för preeclamps är diastoliskt blodtryck >90 och minst 1+ i proteinuri. Tillväxthämning - de som är små för tiden

(≤-22%). Trombos - djup ventrombos, lungemboli, eller cerebral tromboembolism.)

Ingen av våra 7 homozygoter fick trombos i den aktuella graviditeten, eller i någon av deras sammanlagt 18 tidigare graviditeter. Homozygoter skall ha 80-faldigt ökad risk för trombos vilket innebär att vi skulle ha förväntat oss 2 fall av trombos i denna studie. Dessa resultat stödjer ej den höga risksiffran.

Kvinnor som uppgav tromboshereditet, dvs de som hade syskon, far, eller mor som haft trombos före 60 års ålder, hade 5-10ggr ökad risk att få trombos. Överviktiga kvinnor hade också 5-10ggr ökad risk för trombos. Med övervikt menar vi kvinnor med body mass index > 27.6, dvs större än en standard-deviation över normal i vår studiepopulation.

Det mest anmärkningsvärda var att APC-resistenta kvinnor blödde mindre vid förlossningen och hade färre stora blödningar. Det kanske inte låter så intressant att ett protrombotiskt tillstånd medförde färre stora blödningar. Men för 100 år sedan slutade var 10:e kvinnas liv i graviditetskomplikationer, och hälften av dessa dödsfall har beräknats bero på blodbrist eller stor blödning. Ett minskat antal stora blödningar vid förlossningen kan vara den överlevnadsfaktor som ligger bakom den nuvarande höga förekomsten av APC-resistens.

Hur kan dessa fynd omsättas i praktiken?

Tidigare har alla kvinnor med ärftliga koagulationsdefekter erbjudits profylax i samband med graviditet och frågan om trombos-profylax till alla med heterozygot APC-resistens har väckts. Vi anser inte att den drygt en-procentiga risken att få trombos motiverar profylax under graviditeten eller under efterbörds skedet. Men, om det finns ytterligare riskfaktorer kan profylax vara motiverad. Frågan om generell APC-resistens-screening inför graviditet har också väckts. Resultaten i denna studie stödjer inte generell screening före, eller under graviditet. Detta utesluter inte att selektiv screening kan vara effektiv.

De praktiska råd vi gav till APC-resistenta kvinnor i studien var;

- 1) Välj hellre annat preventivmedel än p-piller.
- 2) Om du skall bli opererad eller gipsad - informera behandlande läkare.
- 3) Om du blir gravid utan andra risk faktorer - ingen behandling.
- 4) Om du misstänker blodpropp - sök läkare.

Vi konkluderar att APC-resistens inte verkar föra med sig andra nackdelar under graviditeten än en förhöjd risk att få trombos. Kvinnor med APC-resistens har sannolikt haft en evolutionär fördel i form av färre antal stora blödningar vid förlösning, vilket kan ha bidragit till den höga förekomsten.

Bästa poster:

Humörbiverkningar vid hormonell substitutionsbehandling

Inger Björn, Marie Bixo, Karin Strandberg Nöjd, Sigrid Nyberg och Torbjörn Bäckström.

Institutionen f. Klinisk Vetenskap, Gynekologi och Obstetrik, Umeå Universitet.

Metod: 51 friska, minst 6 månader postmenopausala, kvinnor med klimakteriesymptom, deltog i en randomiserad, dubbel-blind, cross-over studie. Stratifiering för tidigare premenstruella symptom (PMS) gjordes. Kvinnorna erhöll 2 mg estradiol kontinuerligt med ett tillägg av

antingen 1 mg noretisteronacetat (NETA) eller 10 mg medroxyprogesteronacetat (MPA) cykeldag 17-28. Studien pågick under 5 cykler och crossover till det andra gestagenet utfördes efter 3 cykler. Patienterna förde dagliga symptomsattningar på en validerad Likert skala, the Cyclicity Diagnoser, graderad från 1 till 9, under hela studieperioden. Symptomen var dessa följande; bröstspänningar, värmevallning, svullnad, blödning, glad, tillmötesgående/vänlig, sexuell lust, spänd/orolig, irritabel, trött/orkeslös, nedstämd och påverkan på dagligt liv.

Resultat: Alla symptom uppvisade signifikant cyklicitet, $p < 0.001$: den sämsta perioden var under sen gestagenfas och den bästa under ren östrogenfas. Intensiteten av symptomen minskade med tiden. Skillnaden mellan cykel 2 och 5 var signifikant, $p < 0.001$. Patienter med tidigare PMS rapporterade signifikant minskade positiva humörsymptom under gestagenfas, i jämförelse med kvinnor utan, $p < 0.05$. MPA och NETA jämfördes för hela studiegruppen. Kvinnorna utan PMS anamnes upplevde mindre negativa humörsymptom och mer positiva humörsymptom när de behandlades med MPA än när de behandlades med NETA, $p < 0.001$. MPA framkallade mer fysiska symptom än NETA hos samtliga patienter, $p < 0.01$.

Sammanfattning: Kvinnor med tidigare PMS reagerade sämre på gestagenbehandling än kvinnor utan, och det framkom inte att något av gestagenerna skulle vara lämpligare. MPA är att föredra framför NETA med avseende på humörsymptom vid tillägg av gestagen under sekventiell östrogenbehandling till kvinnor utan tidigare PMS.

Hedersomnämmande Föredrag: Ska patienter med hydrosalpinx genomgå salpingektomi före IVF?

Annika Strandell¹, Anette Lindhard², Urban Waldenström³, Jane Thorburn¹, Lars Hamberger¹.

Enheten för Reproduktionsmedicin¹, Sahlgrenska Universitetets sjukhuset, Göteborg, Fertilitetskliniken², Rigshospitalet, København, IVF enheten³, Falun.

Bakgrund: Sedan sambandet mellan hydrosalpinx och försämrade IVF resultat började diskuteras 1994 har det utvecklats en klinisk praxis att genomföra salpingektomi före IVF behandlingen utan att nytan och effekten av en sådan intervention är vetenskapligt värderad. En skandinavisk randomiserad kontrollerad multicenter studie med salpingektomi som intervention har nyligen avslutats och möjliggör en värdering av profylaktisk kirurgi.

Metod: Nio IVF kliniker randomiserade 204 patienter med uni- eller bilateral hydrosalpinx inför det första IVF försöket till laparoskopisk salpingektomi eller ingen intervention före IVF. Stimuleringsprotokoll var likartade och två embryon återfördes rutinmässigt. Mikroinjektion av spermier genomfördes i 13% i båda grupperna. Totalt 185 kvinnor genomgick embryo transfer och deras första cykel är inkluderad i analysen.

Resultat: Operationsgruppen visade konsekvent ett bättre graviditetsutfall än kontrollgruppen med 12% högre graviditets (36,6% vs. 23,9%, $p = 0,067$) och högre födsel frekvens (28,6% vs. 16,3%, $p = 0,045$) per inkluderad patient och per transfer (födsel frekvens 29,5% vs. 17,5%, $p = 0,083$). Analys av subgrupper visade en skillnad på 18,6% i födsel frekvens (33,3% vs. 14,7%, $p = 0,057$) hos patienter med bilaterala hydrosalpinger och 22,5% (40,0% vs. 17,5%, $p = 0,038$) bland patienter med hydrosalpinx som var synliga vid undersökning med ultraljud. Gruppen av patienter med bilaterala hydrosalpinger synliga på ultraljud uppvisade den största skillnaden i födsel frekvens, 39,2% (55,0% vs. 15,8%, $p = 0,019$).

Sammanfattning: Kvinnor med hydrosalpinger som är tillräckligt stora för att vara synliga vid ultraljudsundersökning kan rekommenderas salpingektomi före IVF behandling och därmed öka sina chanser till en fullgången graviditet. Operation av samtliga kvinnor med hydrosalpinx kan ej rekommenderas.

Hedersomnämmande Poster:

Prediktion av maternella och fetala komplikationer vid preeklampsi – värdet av urin- och blodprover.

Kerstin Wolff, Kerstin Palm, Henry Nisell.
Kvinnokliniken, Huddinge Sjukhus,
Huddinge.

Syfte: Att identifiera riskfaktorer som predikterar för maternella eller fetala komplikationer vid preeklampsi.

Metod: 111 patienter med preeklampsi inkluderades. "Endpoint" variabler var maternella och fetala komplikationer. Som maternella komplikationer avsågs någon av diagnoserna eklampsi, HELLP, oliguri eller placenta avlossning. Som fetala komplikationer inkluderades: SGA (small for gestational age), navelartär pH < 7,10 och vård på neonatal intensivvårdsavdelning. Oberoende variabler var: maternell ålder, paritet, gestationslängd, njurfunktion, trombocytantal, leverenzymvärden och blodtryck. Logistisk regressionsanalys användes för statistisk bearbetning.

Resultat: Följande oberoende signifikanta prediktorer identifierades: Maternella komplikationer (n=10) predikterades endast av diastoliskt blodtryck; odds ratio (OR) 1,13 (95% konfidensintervall 1,01 - 1,25), SGA (n=21) var associerat med maternell pregravid vikt, OR 0,94 (0,89 - 0,99) och gestationslängd vid debuten av preeklampsi, OR 0,97 (0,94 - 0,99). Vård på neonatal intensivvårdsavdelning (n=31) predikterades endast av gestationslängden vid partus, OR 0,80 (0,67 - 0,96). Inget samband förelåg mellan de oberoende variablerna och lågt navelartär pH (n=10).

Sammanfattning: Analys av njurfunktion, trombocytantal och leverenzymvärden har ett begränsat värde som prediktorer av maternella och fetala komplikationer vid preeklampsi. Värdet av upprepade blod- och urinprover, vilket är klinisk praxis vid de flesta obstetriska centra, kan ifrågasättas. ■

REDAKTÖRENS RUTA!

Om ni visste vilket strul det kan vara ibland att få ihop denna illustra tidskrift. Ett stort tack till Marie-Louise Schyberg som har stått ut i det kaos som har rått de senaste veckorna.

Följande tider gäller för medlemsbladet 2000:

Nr	Deadline	Utkommer
3	15/5	13/6
4	4/9	2/10
5	23/10	20/11

OBSERVERA: Adressändring skall göras till Marie-Louise Schyberg, SFOG-Kansliet, Box 738, 101 35 Stockholm. Telefax: 08-440 88 86/96 Telefon: 08-440 88 68 (må-fr 9-11) E-post: ml.schyberg@sfog.se 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@obstgyn.umu.se

Socialstyrelsen och Epidemiologiskt Centrum

har gett ut en utmärkt skrift *"Kejsarsnitt i Sverige 1973-1997"*. Man kan köpa den som häfte för 130 kronor eller ladda ner den gratis via deras

hemsida: www.sos.se/fulltext/9918-002/9918-002.pdf

Rapport från ARGUS

Stort tack för fint samarbete under 1999. Vi går nu in i ett nytt millennium och jag vill i samband med detta rapportera vad som händer under våren år 2000.

ARG-rapporter

Under 1999 utgavs "Ungdomsgynekologi" (nr 40) och "Cancer, graviditet och fertilitet" (nr 41) samt en ny upplaga av "Neonatal asfyxi".

"Neonatal asfyxi" har tryckts i vår största upplaga hittills, 8 000 exemplar. Skälet till detta är att denna rapport rönt stort intresse bland såväl obstetiker som barnläkare inte bara i vårt eget land utan även i de skandinaviska länderna. Tillika har rapporten blivit obligatorisk litteratur för läkarstuderande vid pediatrika instituterna.

Fyra rapporter planeras att utgivas under år 2000.

"Gynekologisk ultraljudsdiagnostik" (nr 42) med ett utmärkt bildmaterial distribueras tillsammans med detta nummer av Medlemsbladet. Därefter kommer rapporterna "Infektion hos gravida kvinnor" och "Gynekologisk endoskopi – del II". Slutligen pågår redaktionella åtgärder rörande rapporten "Vulvacancer".

Internationalisering av ARG-rapporter

Som tidigare nämnts trycktes "The climacteric and its treatment" i samband med FIGO-kongressen 1997. Denna upplaga är numera helt slutsåld.

"Kvinnlig urininkontinens" har rönt ett stort intresse utanför vårt eget land. Många medarbetare har bidragit med sin stora kompetens resulterande i mycket förnämliga kapitel och denna ARG-rapport måste betraktas som en mycket förnämlig handbok i kvinnlig urininkontinens.

Nils-Otto Sjöberg ARGUS

Medlemmarna i denna AR-grupp har gjort ett förträffligt arbete genom att översätta ARG-rapporten till engelska, "Female urine incontinence". Den har genomgått engelsk språkrevision och trycks nu hos Parthenon Publishing i London och beräknas utkomma under våren.

Stiftelsen för utbildning och utveckling inom obstetrik och gynekologi

Stiftelsen utdelade till framförallt våra yngre medarbetare en summa på 239.000 kr under år 1999.

Nu är det dags att söka nya anslag och ansökningsformulären har publicerats i vårt Medlemsblad (1/00; 2/00). Hjärtligt välkomna att söka för nya intressanta projekt.

Vi kan med glädje konstatera att på senare tid har ytterligare två ARG-sponsorer tillkommit. Dessa är Abbott Scandinavia och Bröderna Berner.

Evidensbaserad obstetrik och gynekologi

Som nog alla vet hölls ett extra Riks-ARG den 14 oktober 1999 för att diskutera möjligheten för vår disciplin att mera djupgående arbeta med evidensbaserad obstetrik och gynekologi. Rapport från detta möte har lämnats i tidigare Medlemsblad (1/00) av Kerstin Andersson,

Göteborg, och ARGUS emeritus Berndt Kjessler och ARGUS agens Nils-Otto Sjöberg. Det blev en stor entusiasm för att arbeta vidare.

I samband med Riksstämman bildades en evidensgrupp, som numera leds av Kerstin Nilsson, Örebro, ordförande och Håkan Rydhström, Helsingborg, sekreterare. Denna grupp har träffats på Läkarsällskapet den 1 mars 2000. Då diskuteras vilka utbildningsmöjligheter som är angelägnast. Innehållet i en sådan utbildning planeras nu av Christina Berg och Annika Strandell, Göteborg.

Den pågående planeringen kommer att meddelas i samband med Riks-ARG den 6 april år 2000 och i samband med verksamhetschefsmötet i Halmstad augusti i år.

Evidensbaserad utbildning kommer i första hand att vända sig till ordförande och sekreterare i AR-grupperna och till verksamhetscheferna.

Utbildningen beräknas ta sin början under hösten år 2000. Detaljerat program för detta kommer senare att utskickas.

ARG på nätet

Från och med detta år har en nära kontakt etablerats mellan ARGUS och SFOGS webbmaster Nils Fryklund. Diskussioner pågår huruvida vi kan vidareutveckla ARGUS och AR-gruppernas hemsidor. Dessa bör kontinuerligt uppdateras – minst två gånger per år. I dessa ska framgå information om mål för verksamheten och vad man har gjort och vad man planerar för framtiden. På dessa hemsidor kan

också kallelser till möten och protokoll från möten publiceras.

Nils Fryklund står som ansvarig utgivare (webbmaster) för alla sidor medan ARGUS och AR-grupperna står för innehållet.

Vi är mycket intresserade att få synpunkter på vad som bör ingå i våra hemsidor och ser gärna fram emot en livlig diskussion och olika synpunkter, som man kan föra ut till medlemmarna. Vi hälsar alla hjärtligt välkomna att delta på våra hemsidor (www.svls.se/sektioner/sfog).

Riks-ARG

Årets Riks-ARG kommer att gå av stapeln på Svenska Läkaresällskapet torsdagen den 6 april kl 10.00 – 16.00. Kallelsen har redan utgått till ordförande respektive sekreterare i AR-grupperna. Varje AR-grupp har ombetts att skriva ner en kortfattad sammanfattning över pågående aktiviteter inom gruppen. Dessa aktiviteter vill vi gärna ska publiceras i Medlemsbladet och på hemsidan.

De pågående aktiviteterna kommer under kort tid att diskuteras vid Riks-ARG. Huvuddelen av tiden kommer att ägnas åt evidensarbetet.

Ni hälsas alla hjärtligt välkomna till ett nytt och spännande ARG-år. ■

Kommendörkapten ARGUS.

Prenumerera på SFOGs hemsida

Att prenumerera på hemsidan innebär att du får ett meddelande via en markering på ikonen framför SFOG i Favoritlistan när sidan uppdaterats. I vissa program heter det "Prenumerera" och i vissa program heter det "Gör tillgänglig offline"

Om du så önskar kan du även få ett meddelande via e-mail när sidan uppdaterats. Möjligheten till prenumeration ligger i din webbläsare (t ex Explorer eller Netscape) och det görs på lite olika sätt beroende på vilket program du använder.

Om du vill veta hur du gör, kan du gå in på SFOGs hemsida och öppna sidan "Hjälp och Tips", där du kan få hjälp med hur du gör, när du prenumererar på en sida på Internet.

Nils Fryklund

Webbmaster för SFOGs hemsida

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 (Se kap10:2 i Läkarförbundets ST-Utbildningsbok).

1. En formell handledare ska medverka vid planering och bedömning av examensarbetet. Även ST-handledaren bör gärna medverka på ett tidigt stadium.
2. Examensarbetet kan vara ett vetenskapligt arbete, en litteraturstudie 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 gynekologi och obstetrik.
4. Arbetet ska till största del ha utförts av examinanden.
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.

Birgitta Essén

För SFOGs Utbildningsnämnd

Introduktion eller bakgrund till det planerade arbetet. Relation till tidigare forskning.

Målsättningen med arbetet. Kortfattat om frågeställning eller syfte.

Material. Vad baserar sig studien eller källuppgifterna på?

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

Resultat. Sträva efter en objektiv framställning. Eventuell framställning av resultat i tabeller och diagram och då behöver inte detta resultat upprepas i text. Här är det 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 resultatet.

7. Referenser bör beskrivas enligt Vancouvergruppen (Se t ex Nordisk Medicin 97:2).
8. Bedömningen av examensarbetet kommer att ske av två ledamöter i SFOGs Utbildningsnämnd samt en utomstående person med specialkunskaper inom det valda området. Slutliga bedömningen baserar sig på hur man skriftligen har framställt examensarbetet men också förmågan till muntlig presentation och slutligen följs arbetet upp i en diskussion mellan examinanden och examinatore från Utbildningsnämnden. Vid granskning kan synpunkter framkomma som kan leda till förslag på förändring av arbetet. Examinationsnämnden skall framföra synpunkter i relevant tid till den muntliga presentationen. För slutligt godkännande i specialistexamen inom obstetrik och gynekologi krävs godkänd i skriftlig examen, muntlig examen samt examensarbete.
9. Fr om år 2001 skall examensarbetet lämnas in i samband med den skriftliga examen.
10. Till slut ett tips: **Börja i god tid!** ■

Hemförlossning – knappast en kontroversiell fråga

Debatten om hemförlossning återkommer då och då i media och har gjort så även under hösten 1999. Dels i form av en debatt i Svenska Dagbladet och dels har Karin Gottwall, Svenska Barnmorskeförbundets ordförande, också skrivit om ”Hemförlossning – en kontroversiell fråga” i Jordmodern. Även om debattens intensitet varierat genom åren så är antalet hemförlossningar i Sverige lågt. Vi har ingen säker statistik men uppskattningsvis <50 hemförlossningar per år, varav ett 15-tal i stockholmsområdet.

Vid årets Riksstämman talade professor Gerhard Visser om hemförlossning med utgångspunkt från erfarenheten i Holland. Ofta brukar den Holländska erfarenheten och resultaten där anföras som ett argument för att hemförlossning är säker. Det var därför mycket intressant att ta del av professor Vissers data och uppfattning. Hemförlossning i Holland är en gammal väletablerad organisation, ”en institution” enligt professor Visser. Det finns mycket noggrant beskrivet i en handbok vilka patienter som inte lämpar sig för hemförlossning och det sker en aktiv selektion. Både patient och hemförlossande barnmorska är mycket medvetna om att vid risksituationer tidigt få in kvinnan till sjukhus för förlossning där, med de resurser som då krävs. Vidare omges systemet med en rad andra regler. Man får inte bo längre än fyra miles, dvs cirka sex kilometer, från närmaste förlossningsklinik för att man ska snabbt kunna ta sig in. Ambulanssystemet har erfarenhet av att transportera kvinnor under pågående förlossning in till sjukhus. Andelen kvinnor i Holland som hemförlöses har sjunkit successivt och ligger nu omkring 30%. En förklaring till detta var enligt professor Visser att det finns ett ökande motstånd bland unga

Ulf Hanson
Överläkare
Kvinnokliniken
Akademiska sjukhuset

kvinnor att bli förlösta i hemmet. Den perinatale dödligheten i Holland och även den maternella dödligheten är högre än i Sverige. Holland har tidigare legat bland de främsta i världen, men ligger nu på ungefär tionde plats när det gäller perinatal mortalitet. Professor Visser menade dock att detta inte beror på hemförlossning utan är ett mer allmänt fenomen som innefattar också sjukhusbunden förlossning.

Några aspekter var speciellt viktiga för vår interna debatt. Professor Visser refererade en undersökning från Australien där man hade tre gånger högre perinatal mortalitet vid förlossning i hemmet jämfört med sjukhusförlossning. Där var det mammor som aktivt önskade hemförlossning och också barnmorskor som var entusiastiska för att förlösa hemma. Denna inställning varnade professor Visser för å det bestämdaste. Han menade att hemförlossning i Holland, i motsats till Australien, var en institution där alla är inställda

på att om något avviker så ska man avbryta hemförlossningen och åka in till sjukhus. Varken patient eller barnmorska är ”entusiaster” för hemförlossning. Detta ansåg han vara en nödvändig förutsättning för bra resultat. Situationen där en mor till varje pris vill ha en hemförlossning av olika skäl och som förlöses av en barnmorska entusiastisk för hemförlossning är farlig och kan innebära att man förtränger de komplikationer som kan uppträda. Där finns också erfarenhet från Sverige i anmälningsfall rörande hemförlossning att så varit fallet. Professor Visser var också av den uppfattningen att man behöver ungefär 20% av förlossningar som hemförlossningar för att det ska vara ett säkert och kostnadseffektivt alternativ. Han jämförde också den geografiska situationen i Holland med den svenska där man har en befolkning som är dubbelt så stor som i Sverige inom ett mycket litet område. Avstånden till sjukhusen är inte stora och man har också klara gränser för hur långt från sjukhuset man får befinna sig. För Sveriges del innebär det att i stora delar av landet är detta en omöjlighet. Bland mer kuriösa fakta nämnde han att den kvinna som blivit förlöst i hemmet också får hjälp under sju dagar utav barnmorska eller

hemhjälp, vilket kan te sig en aning luxuöst jämfört med svenska förhållanden.

Sammanfattningsvis gav professor Vissers föredrag stöd för att hemförlossning inte är något vi ska ha i Sverige. Erfarenheterna från Holland gäller bara under de speciella förbättringar som råder där och kan inte extrapoleras till enstaka hemförlossningar i vårt land.

Karin Gottwall har i en debattartikel om hemförlossningar rest några principiellt viktiga frågor.

- * Ska kvinnan ha rätt att välja var hon vill föda sitt barn?
- * Är det lika säkert att föda hemma som på sjukhus?
- * Ska samhället stödja kvinnor som väljer att föda i hemmet även om detta skulle innebära en ökad risk för barnet?

Den första frågan är inte speciellt kontroversiell. Det finns ingen skyldighet att använda sig av samhällets utbud av sjukvård, vill man föda barn hemma eller på någon annan plats så har man naturligtvis rätt att göra detta.

När det gäller hemförlossningens säkerhet så är detta en fråga som varit föremål för mycket diskussion. Det finns en brist på bra randomiserade studier. Dessa är också svåra att göra. Om man väljer att analysera frågan på ett annat sätt så kan man väcka frågan om komplikationer vid förlossning går att förutse, dvs kan man selektera fram helt riskfria förlossningar. Alla med erfarenhet av förlossningsvård vet att de allvarliga komplikationerna är få, men kan när de inträffar i form av t ex placentaavlossning, stora blödningar, navelsträngs prolaps m m dyka upp plötsligt och oväntat. De kräver omedelbara åtgärder och kan självfallet inte hanteras på ett tillfredsställande sätt i hemmet. De här komplikationerna är dock få och det innebär också att studier kräver väldigt stora material. Vi vet också att många barn som mår dåligt som nyfödda har en annan förklaring än syrebrist, dvs vi kan inte med hypoxiinriktad övervakning förutsäga och förhindra att det föds barn med mycket låg Apgar. Det kommer alltid att oväntat födas barn som behöver omedelbar assistans av vitala funktioner. Anna Berglund,

mödrahjälsöversköterskor i Västerås, visade nyligen i sin avhandling att det inte gick att med någon högre säkerhet utifrån graviditetsförloppet förutse allvarliga förlossningskomplikationer. Erfarenheten från Holland med strikta selektionskriterier, korta avstånd till sjukhus och en hel organisation för hemförlossning visar nog att riskerna ändå är små. Detta gäller dock under de speciella förutsättningarna. De förutsättningarna finns inte alls i Sverige. Därför är hemförlossning knappast en kontroversiell fråga i Sverige – vi ska inte ha det.

Karin Gottwall tar också upp att sjukhusförlossningar inte är riskfria. Ingen förlossning är riskfri och en viktig faktor som påverkar behov av smärtlindring och instrumentella ingrepp är naturligtvis kvinnans trygghet och det stöd hon kan få av en professionell person. Det kan sannolikt vara så att en del av de riskerna är mindre hos kvinnor som upplever hemmiljön som en tryggare miljö. Samtidigt så kan den situationen inte förhindra de allvarliga komplikationer som tidigare nämnts. Mot bakgrund av detta är det naturligtvis viktigt hur förlossningsvården bedrivs, att kvinnan verkligen kan känna trygghet i hela vårdkedjan. Det är naturligtvis utomordentligt tråkigt att läsa i dagspressen i somras att under en kort period hade alla förlossningskliniker i Stockholm stängt sitt intag. Oavsett vad som låg bakom och även om den medicinska säkerheten kanske inte äventyrats när kvinnor i värkarbete skickas till annan förlossningsklinik än vad som var tänkt så inger det knappast något förtroende för förlossningsvården. Där är samarbetet inom professionen viktigt. Samtidigt är det anmärkningsvärt att man inte i en av landets rikaste landsting kan ställa tillräckligt med resurser till förfogande för att skapa en trygg förlossningsvård. En konsekvens av debatten om hemförlossning är att vi på alla sätt måste arbeta för att den sjukhusbundna förlossningsvården skall upplevas så trygg som möjligt.

En kontroversiell fråga som Karin Gottwall aktualiserar är om samhället ska bidra med kostnader för hemförlossning för de kvinnor som inte vill föda på sjukhus. Vilken skyldighet har sjukvården att ställa upp med alternativ? Min personliga

uppfattning är att samhället har en skyldighet att ställa upp med medicinskt säker vård, men ingen skyldighet att stödja andra mer osäkra alternativ. Frågan är dock mer komplicerad än så. Undertecknad medverkade som sakkunnig vid skrivningen av de råd och anvisningar som Socialstyrelsen gett ut om hemförlossning. I dessa anvisningar uttalades tydligt att vi i Sverige inte önskade hemförlossningar pga säkerheten för mor och barn. Ett av skälen till att de här anvisningarna kom till var att det ändå sker hemförlossningar och att det finns kvinnor som av olika skäl inte kan tänka sig eller vägrar sjukhusförlossning. Socialstyrelsens ambition var att i de fallen ge möjlighet för en erfaren barnmorska att kunna hjälpa till och inte hamna i en tråkig anmälningsituation eller bli misstänkliggjord av kollegor. Det måste vara ett önskemål att kvinnor i den situationen inte bara blir hänvisade till entusiaster för hemförlossning. Ett skäl till att det blivit komplikationer vid hemförlossningar i Sverige kan vara att den barnmorska som hemförlöser vet med sig att man på närbelägen förlossningsklinik har en mycket negativ inställning till detta. Då är det naturligt att man drar sig för att åka in och på så sätt medvetet eller omedvetet blundar för komplikationer som kan uppträda. En utav de viktigaste punkterna i Socialstyrelsens råd och anvisningar är därför en skyldighet för en hemförlösande barnmorska att informera närbelägen förlossningsklinik att hemförlossning pågår. Detta innebär inte på något sätt att kliniken tar över ansvaret. Avsikten med den skrivningen var att försöka ha en god kommunikation mellan hemförlösande barnmorska och klinik. Detta för att på alla sätt möjliggöra att man på ett naturligt sätt kan komma in till kliniken och inte drar sig för detta om förlossningen kompliceras. Om landstingen sedan ska stå för kostnaderna i sådana speciella fall kan ifrågasättas, men kan kanske i vissa fall vara berättigat. Då bör det ske i öppet samråd med professionen. Ett mer generellt stöd utan särskild prövning skulle kunna innebära en önskad ökning av hemförlossningar. ■

Dagbok för resan Addis Ababa

1999 10 16 - 22

Bole flygplats är regnblöt när jag sömndrucken kliver av den halvfylla Boeing 757 som Ethiopian Airlines trafikerar Frankfurt med. Det är ingen höjdare att sitta upp hela natten, men kompressionsstrumpor och en anvisad businessclassfåtölj gjorde det ovanligt drägligt. Viseringskontrollen var som vanligt lite släpig och på något sätt lyckades jag komma sist i kön. Tullen var bara intresserad av min gamla dator och valutakontrollen var slopad och växlingskontoret var stängt.

En gul sliten NTO-taxi körde mig till Jerusalem hotel. Receptionen lade ut för taxin och gav mig ett rum mot gården i väntan på ett mot gatan. Jag stäckte ut mig en dryg timme och kände sedan att jag borde prova den inlånade gamla Macen. Den fungerade när vägguttaget är anslutet.

Tekle-Ab var inte hemma när jag ringde men han ringde upp någon timme senare. Man hämtar mig för ESOGs styrelsemöte kl 14.00.

Tekle-Ab i sällskap med Besunech hämtade mig vid hotellet. Kontoret vid Churchill Road skall snart överges för det nya vid stadion. Ytterligare två styrelseledamöter kom, sekreteraren en timme försenad. Innan han kom var man beredd att avstyra mötet. Jag ville dock framföra SFOGs hälsningar och att man med intresse följde utvecklingen av ESOG och Amboprojektet. SFOGs kontraktsförslag hade ej kommit, så jag förelade ESOG den kopia jag medbringat. Den enda punkten man ifrågasatte var att man var tvungen att spendera pengarna under ett år, skulle

Bo Möller

Kvinnokliniken Eskilstuna

man inte kunna förlänga det till förslagsvis två år? De fick så ett kort referat från SFOGs internationella nämnds möte 990917. Förslagen om yngre läkare medverkan, deltagande av ESOG i årsmöte och samarbetets långsiktiga möjligheter berördes. Beträffande deltagande i årsmötet 2000 kunde jag hänvisa till ordförande Bo von Scoultz brevsvår på Viveca Odlands förfrågan, mötets innehåll uppges spikat och det är trångt om utrymme. Däremot kunde man till Riksstämman 2000 (?) föra fram bistånd och samarbete som ett tema, som jag uppfattar det i ett bredare perspektiv.

Yngre läkares medverkan i Amboprojektet hämmas för närvarande av brist på medel och att legitimitetsfrågor, försäkringsaspekter m m ej har behandlats. Detta kunde vara något för OGU/SFOG/ESOG att diskutera för att få fram ett

underlag för en framställan till Forum Syd.

Efter mötet tog Tekle-Ab och jag te och macka på Ghion Hotel. Jag informerade honom om att Carin Nilsses snart kommer ned hit och att hon kommer att vara intresserad av Ambo-projektet. Han såg fram emot att få ytterligare en partner i detta.

99 10 17

Söndag. Gunilla kom upp till hotellet av egen maskin, Tekle-Ab kom någon timme senare, han sa att han fått uppgift om att flighten var försenad, vilket den inte var. Vi diskuterade en stund. På måndagen skulle vi åka till Ambo och Tekle-Ab föreslog att vi skulle återvända till Addis samma eftermiddag. Hur vi då skulle få inblick i hur arbetet fortskred, datainsamlingen fungerade, samtala med lokala medarbetare etc var svårt att förstå. Det kändes i alla fall för mig som den viktigaste uppgiften under Etiopienbesöket.

99 10 18

Vi skulle avhämtas vid hotellet 9.15 för resan till Ambo. En tim försenad hämtades vi till uppsamlingsstället vid Regional Health Office i andra änden av staden. Det återstod en del ärenden för Tekle-Ab så när vi så småningom kom iväg så passerade vi vårt eget hotell, som ligger på Ambovägen, klockan 12.00. Det kändes lite onödigt med denna väntan då vi hade kunnat vänta på hotellet lika väl. Jag var dessutom dålig i magen och kände mig mattare vart efter dagen led.

Vi fyllde tre stora Landcruisers. Oromia Health Bureaus chef, dr Ibrahim Ahmed, hans biträdande, ett TV-team, läkare som haft kurserna för de två doktorerna i Addis, inhyrd videodokumenterare, projektledaren dr Tekle-Ab och hans assistent dr Efreem, och så Gunilla och jag. Alla skulle vi delta i ceremonin när diplom utdelades till de 18 som genomgått utbildning i "life-saving skills" i "basic" eller "comprehensive" obstetric services. Samlingen tog plats i den långa utomhuskorridoren under tak utefter obstetrikängan. Det hölls först tal av dignitärerna, så utdelades diplomerna, varefter en frågestund gav representanter för olika sammanslutningar tillfälle att fråga varför det alltid var brist på mediciner, etc. Allt föregick på Amhariska, så jag förstod just ingenting.

Efter ceremonins slut var det Tekle-Ab avsikt att vi skulle återvända till Addis. Vi utverkade att vi fick disponera en bil och Efreem så att vi kunde titta på hur det fungerade på plats, speciellt med dokumentationen. Direkt efter ceremonin satte sig Gunilla ned med Efreem, den manlige barnmorskan Takele, mig och några andra intresserade och benade upp vad som registrerades i de olika liggarna och om det förelåg möjlighet för dubbelregistrering. Några oanvända kolumner beslutades nyttjas för uppgifter om hur det gick för mamman. Det viktiga i att alla interventioner bokförs betonades.

Den för vården mest basala utrustningen skulle enligt dr Tekle-Ab redan finnas tillgänglig, så fördröjningen i införskaffande av sjukhusutrustning oroaden honom inte. Vår inspektion fick oss dock att betvivla detta. Hela den nyinvidga obstetrikängan innehöll endast tre patienter, varav en akut sjuk. Denna kvinna hade kommit in förlöst med ett fullgånget friskt barn. Mamman hade dock mag-

plågor och uppdriven meteoristisk buk. Eftersom det nu fanns ett flertal doktorer närvarande tittades det på magen och en blek röntgen buköversikt där man såg tydliga vätskenivåer. Den sond kvinnan hade fått gav inget, och hon låg konstant och kved medan hennes egen mor tyst och tålmodigt satt bredvid och höll hennes intorkade hand. Den mest seniora läkaren från Addis bestämde då att kvinnan måste opereras, varefter alla lämnade rummet. Ingen vände sig till patienten eller medföljande för att med ett ord förklara vad som var görningen.

Redan vid sjutaget kröp jag och min rumlande mage till sängs på vårt diskolarmande Ambo Africa Hotel, Ethiopia Hotel var fullbelagt. Jag kunde inte släppa tanken på hur det skulle gå för kvinnan, skulle de ha resurser för hennes vård? Satt sonden rätt, hur var det med urinproduktionen, varför hade hon ingen kateter? Hur länge hade hon legat där. Påföljande dag frågade jag Efreem hur det gått. Han berättade att de sänt henne till Addis för de hade ingen syrgas i behållaren. De ville att vi vid återfärden till Addis skulle medbringa syrgasbehållaren för påfyllning till Addis. Varför inte fler, har de inte fler? Ingen i bilen kunde upplysa om hur många behållare de hade totalt, men det var mer än en. Försörjningssituationen på sjukhuset är alltså fortfarande usel, dåligt med utrustning och förbrukningsvaror, dåligt motiverad och disciplinerad personal.

99 10 19

Två och tre rostade brödbitar klockan 7.30, en solig morgon efter en regnig natt. Musiken tystnade nog runt midnatt och rummet var välsprayat så jag hade inte sett eller hört någon mygga. Det hade inte heller Gunilla, men hon hade bett på ett otal ställen, det var väl loppor kantänkas. Det kostade bara 40 kronor att få dela hemvist med dem. Själv är jag osäker på om jag hade några.

Gunilla hade satt sig i sinnet att hon ville besöka Jaji Health Centre även om jag kände mig tveksam till värdet av den utflykten om vi skulle tillbaka till Addis samma dag; det skulle bli minst sex timmar i bil och efter regnet kunde det kanske vara lite halare. Magen och sinnet var dock betydligt bättre idag än föregående dag så jag åkte med. Vi satt fyra i baksätet på en "double cabin" pickup. När vi nått Jaji var vi glada att få sträcka på benen.

Jaji var grönt, lummigt och lite lerigt så här i slutet av regnperioden. Alla de nya byggnaderna hade tagits i bruk. Vi koncentrerade oss på obstetrikdelen. Här var ett förlossningsrum med två förlossningsbord utan nederdelar, dvs de kunde ej göras långa nog att ligga i, något som jag observerat på andra håll i landet tidigare. Bägge borden skulle behöva rengöring och målning. På ett av bordens galonöverdragna liggunderlag var det rikligt med blodfläckar och den rostfria bunke som satt på stativet vid kortändan var bara avsköljd, ej rengjord. Jag började demonstrativt att diska av den och allt gick bort utan medel eller verktyg. Jag fortsatte inte med britsen, jag hoppades, troligen förgäves, att de skulle förstå vinken. Jag borde också ha påpekat att en annan bunke som stod på golvet vid den andra britsen lämpligtvis inte borde vara halvfull med gasbinda, använda handskar och annat bråte. När jag inte så något kanske slutsatsen dras att det är okey.

Vi efterfrågade sugklockan. Den var monterad och låg på hyllan. Glasflaskan låg halvfyllt med Savlon och vätskan hade naturligtvis även kommit in i pumpen som skvätte Savlon-vatten när man pumpade. Jag tillrådade dem att tömma ut vätskan och försöka hålla systemet torrt. Det första som kommer att ta skada är manometern och Savlon håller inte heller systemet sterilt. Fotpumpen som fanns i skåpet fungerade ej och jag kom fram till att en slang ej var fäst på sin nippel, - tveklöst hade de aldrig använt sugen.

Byggnaden har varit i bruk knappt ett halvt år - redan har golvplattorna i plast börjat släppa, det gör de ju alltid i hela Afrika. Varför används inte finslipad, eventuellt lackerad betong eller svetsade våtrumsmattor? Det borde väl arkitekterna och byggarna känna till vid det här laget.

Registreringen här i Jaji var sämre än i Ambo men man kan hoppas att den kommer att bli bättre efter dagens genomgång, de kommer att ge varje patient två rader i varje liggare och även att registrera vilken behandling som givits och vilken brist-situation som gör att de remitterar fall som de själva borde kunna ta hand om. Det visar sig att de för närvarande inte har oxytocin, ej metergin, ej antibiotika. Dropp kunde de åstadkomma. På frågan varför mammorna kommer och föder på hälso-centralen i stället för hemma svarade de att det beror på den bättre servicen. Det

enda man kunde peka på i den vägen var att man kunde lägga sugklocka ibland och göra manuell lösning. Antalet förlossningar sista året var ca: 200. De kunde också visa en skriven månadsrapport från en traditionell barnmorska. Hon måste vara exceptionell eftersom hon dels kunde skriva, dels faktiskt rapporterade. För förra månaden rapporterades 31 förlossningar, dvs om detta är normalvolymen assisterar hon ensam fler än hälsocentralen. Hennes nivå torde vara i klass med hälsocentralens. Törs man kanske börja räkna på cost/benefit, det är ju faktiskt en del av detta projekt. Det berättades att det nu börjat förekomma att klinikens personal går ut och assisterar vid hemförlossningar. Vid hemförlossningar brukar jordmodern honoreras, är det där skon klämmer?

Efter bara någon timme i Jaji återvände vi mot Ambo och Addis. Eftrem kunde nu förklara varför man inte ens inom projektet lyckats förse enheterna med mediciner. Det tidigare systemet med mediciner var att staten inköpte och även mottog stora donationer av läkemedel. Mycket av detta såldes till patienter. Pengarna blev ej kvar hos hälsoministeriet utan skulle gå tillbaka till finansministeriet och statskassan. För något år sedan tilläts separata prisreglerade lokala apotek vars intäkter skulle gå till återinköp av läkemedel. Dessa blev straxt populära då de var billigare än de privata kommersiella apoteken vars inköpskanaler varierade men kanske i vissa fall kom från de volymer som skulle gått via de statliga apoteken, som numera har sparsamt sortiment. De lokala apoteken hade nu igen förbjudits och intäkter från medicin försäljning skall åter gå till statskassan. Vi är alltså tillbaka i det system där donerade läkemedel i slutändan bekostar vapeninköp. För Amboprojektets vidkommande gäller helt enkelt att tillstånd att inköpa mediciner saknas, ett sådant måste utverkas på centralt håll.

Vår chaufför var inte alltför hämmad av att det regnat, han körde på raskt i det kraftigt kuperade landskapet och saktade in hyggligt i snäva kurvor men körde som många med oroande små marginaler nära djur och människor. De flesta flyttar sig från mitt i vägen när motorljudet eller tutan varnar.

Plötsligt hade han inte marginalerna, turen eller ens rättvisan på sin sida. Vi kom i ett medlut ned mot en mindre bro, i motsäende motlut kunde man se en buss och

en bil på avstånd. Mitt på det korta brospannet var det ett par djupa hål i asfalten av den storlek all trafik undviker. I samma riktning som vi fördes en småvuxen häst av ryttaren och en som ledde i grimma. Deras rörelsemönster indikerade att de uppfattat att vi närmade oss bakifrån. De försökte att få hästen att välja höger om gropen men de misslyckades. Chauffören var nog nere i tjugo km/tim när han med stor kraft träffade hästens vänstra bakdel med högerflygeln. Hästen skrapade sedan utefter fordonets högra sida. Chauffören lyckades bara nästan avvärja att komma ut på dikesreneren. Fordonet kantrade till mot vänster men studsade så uppåt igen när vänster bakhjul stötte i en seg buske och fordonet höll sig på rätt köl när vi efter en färd på trettio meter nedför slänten plötsligt stod stilla på en åker tre meter nedom körbanans nivå.

Vi tog oss alla snabbt ur bilen, dörrarna gjorde nu visst motstånd då de tydligen skadats när hästen skrapat mot sidan. Åkern var genomsur trots att den var ganska sluttande och bevuxen med högt gräs. Hästen låg hjälplös mitt i körbanan och ryttaren satt kvidande hopkrupen lutad mot broräcket. Det vimlade plötsligt av folk när alla den stora bussens passagerare, bland dem en polis, klev av för att titta och ytterligare ett par fordon tillstötte. Hästen drogs åt sidan och gjorde ett fruktlöst försök att resa sig, men efter ytterligare ett antal minuter lär den ha linkat iväg. Ryttaren togs upp i en buss, samma som Gunilla, Eftrem och vår filmare. Chauffören blev kvar för polisförhör och jag bereddes plats i ett annat förbipasserande fordon, uppehållet på olycksplatsen blev bara runt tio minuter. Vi blev alla avsläppta vid Africa Hotel och Eftrem ordnade snabbt fram ett annat fordon från zonal health department som tog oss alla till Addis. Under färden intervjuade jag Etiopierna om deras syn på skuldfrågan. "Djur är djur" sade de, man får inte lita på hur de betar sig, "vår chaufför är skyldig".

Vilken änglavakt vi hade! Där vi körde gränsade vägrenen många gånger mot djupa stup. I kväll berättade jag för Tekle-Ab när han ringde. Han blev allvarligt förskräckt av vad han fick höra.

99 10 20

På morgonen tog vi Taxi till Fistula Hospital. Catherine var inte upptagen

utan blev glad att se oss. De ovanligt långa regnen och de höjda transporttaxorna har försvårat kommunikationerna så att sjukhuset inte har fullt med patienter. För första gången har de tomma sängar, idag hade de bara en operation, Ambaye gjorde den och vi träffade två doktorer från Nyköping som tittade på. Vi blev alla medbjudna till Catherines hus på kaffe och hade en trevlig pratstund. Mulu är i Rotterdam på en ett-årig kurs så man har rekryterat en manlig doktor för att fylla ut. Ambaye har gjort lite turnéer till landsortssjukhusen för att operera vilket fungerat fint. Man har beställt 50 "Supercut" saxar från Stilles i Eskilstuna med specialbeställd skarpslipad spets för de fibrösa vävnaderna.

Catherine ville gärna försöka komma till de amerikanska media för att kunna få större fonder. Om hon kan fördubbla det nuvarande fondkapitalet blir sjukhuset oberoende av givare. Vissa givare har annonserat att de ämnar dra in anslaget från nästa år, då de tycker projekt skall ha ett slut också. Fistlarna kan dock ej förväntas ta slut, och många patienter har inte bara fistelproblematik, de är multihandikappade och behöver olika typer av rehabilitering.

Fistulas administratör Charles tyckte att Sverige som gammal bundsförvant till Etiopien och Eritrea borde gå in och medla nu när andra misslyckats och fientligheter visar tecken på att ta fart igen så snart regnen slutat. Det är inget populärt krig längre, alla vi talat med är riktigt bekymrade.

Tekle-Ab och Eftrem kom förbi på eftermiddagen och berättade att förre sekreteraren i ESOG dr Michael Isac (eritrean) efter längre sjukdom dött igår, de skulle till begravningen. I morgon skall vi bese Black Lion, Ghandi och S:t Pauls, klockan 14.00 kommer Tekle-Ab.

99 10 21

Dr Tadesse Ketilla hämtade oss till Black Lion hospital vid 10-tiden. Vi gjorde en rundvandring i gyn-klinikens lokaler. Det var påfallande stillsamt vilket hade sin förklaring i att de hade infört remisstväng för alla obstetriska patienter, man hade nu på årsbasis drygt 3000 förlossningar och 25% kejsarsnitt. Operationsavdelningen delades med kirurgen och det var svårt att komma till där, de akuta operationerna fick vanligen vänta 6-8 timmar. Det fanns dock en liten snittsal på förlossningsavdel-

ningen men i vilken utsträckning den användes vet jag inte.

Vi kom att passera en förhall med tjoget människor varav ett par kvinnor var högljutt sörjande. För ett par dagar sedan hade en ung kvinna inkommit med septisk abort, laparotomerats och antibiotikabehandlats. Hennes septiska chock kunde dock inte hävas, hon var anurisk och nu i agonalt stadium. Att passera en sådan klagomur är något av en mindre skärseld. Man måste ha ett förhärdat sinne för att mer allmänt förklara sig vara abortmotståndare efter en sådan vandring. Ändå har fanatiska abortmotståndare förklarat att har man syndat så får man stå sitt kast även om man får plikta med livet.

Tadesse hävdade att stängningen av Marie Stopes klinik i Addis hade medfört en markant ökning av abortkomplikationer inklusive septiska aborter. Den kliniken upprättades 1991 för att driva familjplanering, preventivmedelsupplysning, erbjuda cervixcytologi och evakuera inkompleta aborter. Ryktet hävdade att det utfördes elektiva tidiga aborter men myndigheterna såg genom fingrarna med detta tills någon ansåg att en kvinnlig släkting fått en komplikation och anmälde verksamheten till domstol. Kliniken stängdes, långt senare frikändes kliniken, men den har inte ännu kunnat öppnas.

Dr Tadesse presenterade så sitt material över mottagna obstetriska remisspatienter. De flesta kom därför att man tyckte att någon risk eller komplikation befarades och man saknade pålitlig ambulanstransport, hade tillfälligt slut på syrgas, narkosläkare var ej tillgänglig eller man hade ingen läkare tillgänglig för att bedöma patienten och andra "administrativa" skäl för remittering. Bland de remitterade mammorna var sectiofrekvensen lägre, 22%, än sjukhusets totala.

Klockan 11.20 avlämnades vi av Tadesse vid Ghandi Memorial Hospital, landets enda "maternity hospital", dvs endast obstetrik och gynekologi. Mahatma Ghandis bild hängde i entrén Dr Salomon visade oss runt. Man har 4000 förlossningar per år och verksamheten drivs med en "landstingsdel" och en universitetsdel, som har operationsdagar alternerande. Sjukhuset ser ut ungefär som jag minns det, men det ser prydligare ut nu än när jag såg det senast för sju år sedan. Liksom andra storsjukhus erbjuder man nu tre olika grader, där grade one får betala mest.

Jag kastade en blick genom dörren till grade three och såg ett stort rum med många breda bäddar med filtar, lakan och mammor i och golven var avtorkade.

Saint Pauls Hospital ligger högt på Ambovägen. Det är en solid byggnad. I entrén är det tre väggmålningar som under Mengistu-eran doldes av ett draperi. Kejsar Haile Selassie avbildas där som den barmhärtige samariten och räddaren med himmelskt skimmer. Sjukhuset drivs av universitetet och tre specialister under utbildning placeras där varje år. Barnmorskeutbildningens praktik är här. Verksamheten var stillsam nu vid lunchtid. Jag stötte på en bekanting från min tid på ministeriet, han gav preventivmedelsrådgivning. På ministeriet hade han haft kurs-er, varit trainer of trainers. Depå-provera var populärast. De biverkningar han märkt var blödningsrubbningar, vilka han behandlade med Follimin två tabletter dagligen i fem dagar.

Tekle-Ab och Efreem kom punktligt ett par minuter i två, och meddelade att det förelägg ändrade planer, så de måste på ett möte klockan 14.30. Vi gjorde därför en snabb sammanfattning av läget och tittade på hur tidplanen såg ut. Eftersom de nu fått ny bekräftelse på att pengar avsänts från London skulle de beställa utrustning i kommande vecka, och den borde bortsett från eventuella importbeställningar vara levererad till största delen inom sex veckor. Kontakter med lokala kvinnoorganisationer i Ambo hade tagits, men man ville ej ännu propagera för sjukhuset eftersom man ännu inte var rustade för att möta en ökad efterfrågan med ökad kvalitet. Man avsåg att vänta tills i jan 2000.

99 10 22

Bole 11.00. Om 45 min skall vi lyfta. Jag har just bänkat mig vid gate 3. Här är det än så länge ganska tomt men avgångshallen var full som sällan tidigare. Det går allt smidigare med incheckingen, inget tjafs med valuta eller dator. På vägen hit kunde jag inte låta bli att stanna till hos Haile-Selassie och köpa lite julklappar i silver. Inget mer guld denna gång även om det är billigare än någonsin, 70 kr/g, endast betalning efter vikt, bearbetningen fås på köpet.

Tekle-Ab kom jäktad förbi och gav mig SFOG/ESOG/Sida-kontraktet påskrivet och stämplat. Jag tog upp med honom möjligheten att de skulle kunna driva lite

internutbildning och att de borde utarbeta guide-lines. Som vanligt hade han invändningar, men jag skall försöka skriva ned lite tankar till honom så får vi se om det går att så ett frö. Han hänvisar till hur svårt det är att få saker att fungera även i Addis. Det är ju helt klart att vi måste försöka stödja och aktivera den nye gynekologen, dr Atnafu., så att han kan fungera och få de övriga trots allt korttidsutbildade att fungera. Den förra gynekologen hade motarbetat projektet genom att uppmana inblandade att ej ta på sig något utan ersättning, att det skulle finnas mycket pengar att hämta. Det är en bra illustration till ganska vidspridda attityder till bistånd här. Alla givare är naturligtvis medskyldiga till att denna syn uppkommer och frodas. ■

Europeiska Gyn-kongressen är 2001 i Malmö

Sammanläggningen mellan de två stora europeiska gyn-föreningarna EAGO (European Association of Gynaecologists and Obstetricians) och EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) går planenligt. Som ett resultat härav anordnas numera en gemensam paneuropeisk kongress årligen. Till den europeiska gyn-förening ansluts nu en reproduktionssektion i form av ESHRE samt den europeiska onkologsektionen och sektionen för perinatalmedicin. Vid ett möte i Bryssel med exekutivkommittén för den Europeiska Gyn-föreningen redogjorde professor Nils-Otto Sjöberg för programmet för den europeiska gyn-kongressen i Malmö 6-9 juni 2001. Programmet ser mycket lovande ut och fick ett entusiastiskt godkännande av exekutivkommittén. Man förväntar sig ett deltagande om >2 500 deltagare så det finns all anledning att alla redan nu reservera plats i kalendern för detta möte.

Ulf Ulmsten

Professor
Ordförande i EAGO/EBCOG Joint
Scientific Committee.

Examensarbete:

Hög maternell ålder som obstetrisk riskfaktor – tid för omvärdering av gamla föreställningar?

Genom att kvinnor i den industrialiserade delen av världen föder sina barn allt senare under den fertila perioden är denna litteraturgenomgång koncentrerad till ålder som obstetrisk riskfaktor under den fertila periodens senare del. Genomgången är koncentrerad till problem under graviditetens andra och tredje trimester samt förlossning och puerperium. Den minskade fekunditet som följer med ökad ålder eller den ökande risken för kromosomavvikelse och spontan abort behandlas inte. En del av den naturliga fekunditetsminskningen kompenseras av de enorma framsteg som skett inom det reproduktionsmedicinska området (1). Man är också eniga i den medicinska litteraturen om att kromosomavvikelse och spontan aborter ökar successivt efter kvinnan har fyllt 35 år (2).

Datasökning

Litteratursökningen gjordes i augusti 1999 i Medline via PubMed, Medscape och Ovid. Sökord har varit "maternal age" och "advanced maternal age". Ett flertal artiklar har också hittats via sökfunktionen "related articles" i PubMed. Någon översiktsartikel i Cochrane databasen finns inte. Det finns ett par översiktartiklar (reviews) från slutet av 80-talet men någon litteraturgenomgång från de senare åren på 90-talet har inte kunnat återfinnas. Dock har ett antal större populationsbaserade studier tillkommit som delvis ifrågasätter gamla resultat. Någon ny översiktsartikel som tar med dessa aspekter finns inte.

Bo Jacobsson

Kvinnokliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra

Studieupplägg och felkällor

Det finns två huvudtyper av undersökningar inom det aktuella området. Den ena är de undersökningar som utgår från ett speciellt sjukhus eller flera sjukhus där man lagt ihop de olika sjukhusens siffror. De kallas sjukhusbaserade undersökningar. Den andra huvudtypen är så kallade populationsbaserade undersökningar. Då har man via ett omfattande register tillgång till alla exponerade och oexponerade individer i en population. Exempel på ett sådant register är det svenska Medicinska födelseregistret (MFR). Man kan också säga att sjukhusbaserade undersökningar försöker förhålla sig till hela populationen i ett visst upptagningsområde genom att redovisa hur stor del av det totala antalet förlossningar i området som sker på det aktuella sjukhuset. Problemet är dock att det kan finnas ett slags urval i materialet så att förlossningarna på det aktuella sjukhuset inte representerar hela populationen (selection bias). Redovisas alla sjukhus med förlossningsavdelningar i ett visst geografiskt område får man i princip en populationsbaserad undersökning i den del av världen där så gott som alla förlossningar sker på sjukhus. Detta förutsatt att alla kvinnor i området föder på dessa sjukhus (och det är ju naturligtvis svårt att veta och i praktiken är det ju inte så). Så även

i de fall där man har med alla sjukhus i regionen är resultaten svårtolkade.

Vid genomgång av de olika studierna måste man vara uppmärksam på att urvalet rör olika åldersgrupper både när de gäller den studerade gruppen (≥ 30 år, ≥ 35 , ≥ 40 , ≥ 45 år, ≥ 50 år) och referenspopulationen (20-24 år, 20-29 år, 20-34 år, <40 år). Naturligtvis måste man vara uppmärksam på att olika författare använder olika definitioner på olika medicinska parametrar. Likaledes redovisar olika författare sina resultat på olika sätt. En del anger enbart p-värde och andra anger odds ratio (OR) eller relativ risk (RR). De finns också de som redovisar ett korrigerat OR (adjusted odds ratio = AOR) som tagit hänsyn till andra riskfaktorer för åkomsten i fråga. Man har då via stegvis logistisk regression räknat fram AOR.

En annan aspekt som är viktigt att vara uppmärksam på är hur lång den period är som studien har pågått. Det finns vissa populationsbaserade undersökningar som har samlat in ett mycket stort material under kort tid och det finns andra material som är insamlade under lång tid, då det praktiska handläggandet kan ha varierat på ett sådant sätt att det är svårt att dra slutsatser utifrån materialet.

Man måste vara uppmärksam vid tolkningen av resultaten i denna typ av epidemiologiska studier. Om man har funnit ett samband och man inte har tagit med andra riskfaktorer för åkomsten i fråga i sina beräkningar, så kan det vara en helt annan orsak som ligger bakom resultatet.

En del av de sjukhusbaserade studierna är gjorda på små material så det kan vara slumpmässiga samband som man får fram.

Ytterligare ett problem att hantera är att man kan tänka sig att negativa resultat inte publiceras. En invändning mot detta, i det aktuella fallet, är att man har så många studier med ett utfall att man kan tänka sig att en studie utan utfall publiceras.

Det finns sociala skillnader mellan de som föder sitt första barn mellan 20-29 år och de som får sitt första barn efter 35 år. De äldre har det oftast bättre ekonomiskt ställt, har högre utbildning och röker mindre (2). I de flesta amerikanska studier finns det också en klar rasskillnad mellan förstföderskor över 35 år och omföderskor över 35 år (3).

Potentiella sk "confounders" vid denna typ av undersökningar:

1. Sociodemografiska faktorer och tillgång till mödrhälsovård och obstetrisk vård kan vara ojämnt fördelat mellan de olika grupperna (4-6).
2. Hög maternell ålder är förknippat med längre tid av infertilitet och fler spontan aborter som i sig är förknippat med sämre perinatalt utfall (4).
3. Sjukdomar (t ex essentiell hypertoni, fetma) och tillstånd (paritet, latent diabetes) som fanns innan graviditeten.

Om man är intresserad av de övergripande folkhälsoeffekterna av förskjutet barnafödande måste man, menar en skribent (4), ställa 2 övergripande krav på studierna:

1. Resultaten måste komma från populationsbaserade studier för att kunna generaliseras, medan annan typ av urval begränsar resultaten att gälla den studerade gruppen.
2. Undersökningen skall också vara tillräckligt stor för att kunna ge sk. power för att kunna detektera skillnader i utfall. Detta även efter justeringar för "confounders" som kan vara omfattande hos äldre mödrar, t ex tidigare infertilitet och interkurrenta sjukdomar som kan vara kopplade till försämrat graviditetsutfall.

Förskjutet barnafödande i västvärlden

Kvinnor i den industrialiserade delen av världen väljer att föda sina barn senare i livet. Många faktorer bidrar till detta, inte minst ökat ekonomiskt välstånd, allt längre utbildning hos en större del av be-

folkningen och tillgången på moderna preventivmedel.

Det finns ett flertal mått som man kan använda sig av för att värdera om och hur mycket kvinnor fördröjer sitt barnafödande i den fertila perioden av livet:

- hur stor del av kvinnorna i en viss ålderskohort som fött barn
- hur stor del av kvinnorna i en viss åldersgrupp som föder barn och hur det förändrats över tiden, t ex mellan 35-39 år eller 40-44 år.
- hur stor del av förlossningarna som kvinnor över en viss ålder står för.
- median- eller medelåldern hos förstföderskor, andragångsfödande, tredje- gångsfödande osv.

I Frankrike hade 1955 åtminstone 50% av kvinnorna ett barn när de var 25 år gamla. 1965 hade det minskat till 37% (1). Från 1975 till 1986 ökade andelen kvinnor i USA som fick sitt första barn mellan 30 till 34 år från 8,0 till 17,5 per 1 000 kvinnor i denna ålder, mellan 35-39 år från 1,9 till 4,7 per 1 000 kvinnor och mellan 40-44 år från 0,3 till 0,6 per 1 000 kvinnor i den aktuella åldersgruppen (4).

I Sverige har andelen förstföderskor i åldersgruppen 30-34 år ökat från 15,6 till 28,7 per 1 000 kvinnor mellan 1980-1990 (4) och åldersgruppen 35-39 år har andelen ökat från 4,7 till 8,5 per 1 000 kvinnor 1980-1995 (2). Motsvarande ökning för den senare gruppen är i USA från 2,6 till 7,5 per 1000 kvinnor (7). I tabell 1 nedan redogörs för hur många procent av förlossningarna som sker hos kvinnor ≥ 35 år i USA respektive England/Wales (8).

	1985	1994
USA	6,5%	11,0%
England, Wales	7,9%	11,8 %

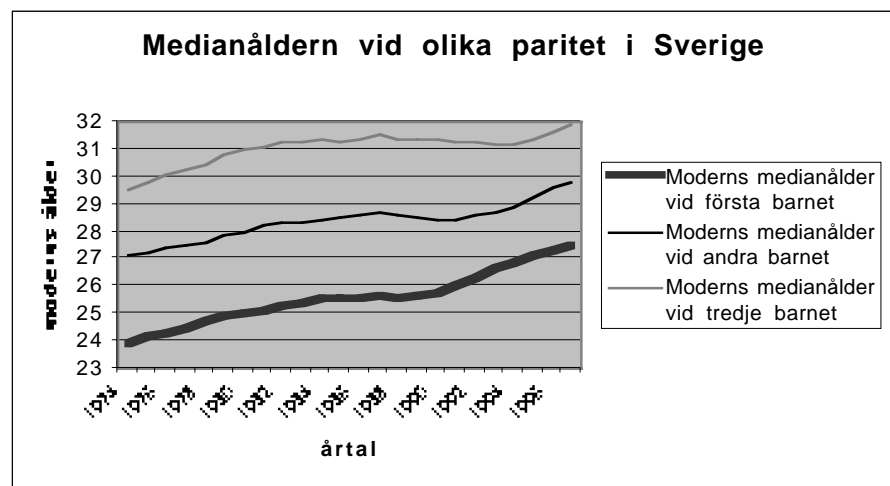
Tabell 1. Procent av förlossningarna hos kvinnor ≥ 35 år.

Medelåldern hos svenska kvinnor som föder sitt första barn steg från 25,5 år 1980 till 27,3 år 1995 (9). I USA var motsvarande siffror 23,5 år resp. 24,6 år (7). Samma utveckling ses också i Frankrike (1). I Sverige har medianåldern hos först- respektive andra- och tredje- gångsfödande ökat stadigt från 70-talets början till 1997. Siffror tidigare än 1974 finns inte publicerade. Medianåldern hos kvinnor som föder sitt första, andra och sitt tredje barn i Sverige ser sedan 1974 ut på följande sätt (figur 1).

Man kan också se i det svenska materialet att medianåldersskillnaden mellan barnen har minskat något under slutet av 80-talet och 90-talet. Om minskningen av medianåldersskillnaden mellan barnen är speciellt för Sverige eller om detta återfinns i andra länder kan inte beläggas då motsvarande siffror för andra länder inte kunnat återfinnas. En möjlig förklaring som man i Sveriges fall måste överväga är försäkringspolitiska skäl (föräldrapenningsregler). I utländska material kan man bland de allra äldsta mammorna (≥ 45 år) se en ökande mängd kvinnor som har genomgått infertilitetsbehandling och under 90-talet även äggdonation (10).

Allmänt

När det gäller kvinnors erfarenhet av att föda barn ≥ 35 år, visar en brittisk studie



Figur 1. Moderns medianålder vid första, andra och tredje barnet.

där man följt kvinnor under graviditet och efter förlossning, att dessa kvinnor upplever att deras ofödda barn är potentiellt utsatta för fara under värbearbetet och själva förlossningen i större omfattning än vad yngre kvinnor upplever. Man konstaterar även att de äldre mammorna var mer nöjda med de åtgärder som vidtogs när väl komplikationer uppstod, än vad de yngre var. Äldre kvinnor hade mindre benägenhet att ge förlossningspersonal skulden för att förvärta förlossningsmårten genom att uppmana patienten att byta ställning eller att utföra vaginalundersökningar. Författarna tolkar detta som om lägre förväntningar på ett gott förlossningsutfall resulterade i att man var mer nöjd med de insatser som vidtogs för att förebygga eller åtgärda problem som uppkom. Dessutom gav de äldre mödrar oftare uttryck för lättnad när förlossningsutfallet var gott (8).

Det finns studier som redovisar ökad frekvens av abnorma bjudningar. I en australiensisk sjukhusbaserad undersökning fann man ökad incidens av sätesändläge OR=1,8 (1,3-2,4) när mamman var ≥ 35 (11). Detta har man bara sett i en annan studie från samma område och artikelförfattarna har ingen plausibel förklaring. Det finns dessutom studier som redovisar ökad frekvens av postpartumblödningar (12).

Hypertensiv sjukdom

Vid de flesta genomgångar av studier så behandlar man essentiell hypertoni, gestationshypertoni (PIH) och preeklampsi tillsammans, eftersom de ofta är sammanslagna i studierna. Både äldre och aktuella studier visar att det föreligger en ökad risk för hypertensiv sjukdom under graviditet hos äldre kvinnor. OR ligger i allmänhet mellan 2-4 (12,13).

Det finns ett par studier som inte visar något samband mellan ålder och hypertensiv sjukdom. I en australiensisk sjukhusbaserad undersökning fann man ingen ökad incidens av hypertensiv sjukdom, OR = 1,1 (0,8-1,6). Däremot var det ett ökat antal mödrar som hade essentiell hypertoni när de gick in i graviditeten (11).

Ett exempel på studier med positivt utfall redovisas här. I en sjukhusbaserad studie från Detroit hade man en signifikant ökning av gestationshypertoni bland förstföderskor ≥ 35 år (8,3% versus 14,3%). Likaledes var andelen med essentiell hypertoni i samma grupp signifikant ökad (0,8% versus 2,7%) (14).

Det föreligger också en ökad risk för preeklampsi med stigande ålder, dock visar inte alla undersökningar ett så tydligt samband mellan ålder och preeklampsi som den nedan redovisade studien (tabell 2) (13).

Ålder	0 Para	Omfödelska
25 år	6%	3%
35 år	9%	5%
40 år	15%	7%

Tabell 2. Risk för preeklampsi (i %) vid olika åldrar hos förstföderskor men siffrorna är betydligt lägre bland omfödelskor (13).

I en sjukhusbaserad studie från amerikanska västkusten fann man en signifikant ökning av andelen kvinnor med preeklampsi från 10 till 13% i gruppen förstföderskor ≥ 35 år. Ingen skillnad kunde ses i gestationshypertoni eller essentiell hypertoni mellan grupperna (15).

Diabetes

Gestationsdiabetes visar sig i allmänhet vara vanligare hos äldre kvinnor som föder barn (14-18). OR ligger i allmänhet runt 1 till 2 men i vissa äldre åldersgrupper stiger siffrorna upp mot OR 4. Dock finns det undersökningar som inte ger tydligt utslag (11,14). I en australiensisk sjukhusbaserad undersökning fann man ingen ökad incidens av gestationsdiabetes OR = 1,5 (0,4-4,8) och det var heller inte ökat antal mödrar som hade diabetes när de gick in i graviditeten (11).

Trombos och lungemboli

De två huvudsakliga riskfaktorerna för venös tromboembolisk sjukdom är ålder

och operativ förlossning. Incidensen i ett skotskt material av antenatal DVT är 0,615 per 1 000 graviditeter bland kvinnor < 35 år och bland kvinnor > 35 år 1,216. Incidensen av postpartum DVT bland kvinnor < 35 år är 0,304 per 1 000 gravida kvinnor och 0,72 bland kvinnor > 35 år.

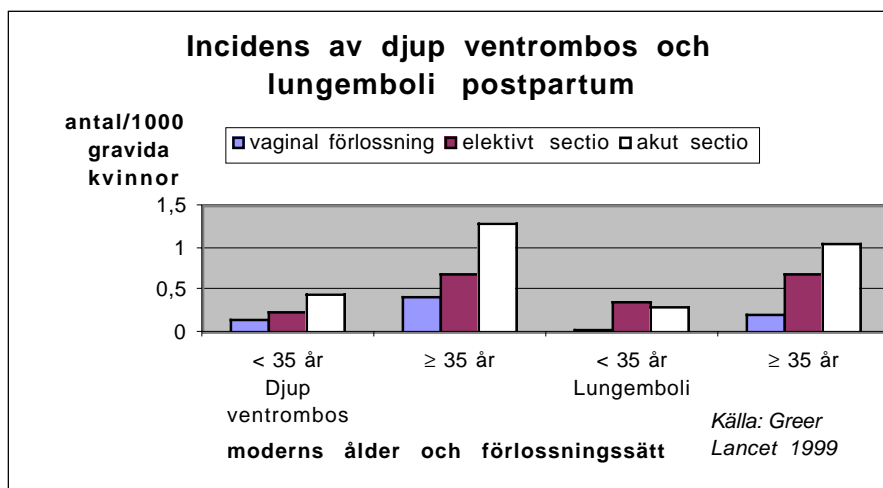
Figur 2 redovisar en genomgång från i år av obstetriska aspekter på trombos och lungemboli som är publicerad i Lancet. Den visar en påtagligt ökad risk för djup ventrombos och lungemboli vid stigande ålder i samband med elektivt och akut kejsarsnitt (19).

Sectio

Vid genomgången av artiklarna har man funnit en faktor i alla referenserna som är gemensam: den ökade risken för kejsarsnitt med stigande ålder hos den blivande mamman. Förklaringarna till detta går isär och man kan urskilja två huvudlinjer:

- 1) att det är fler graviditetskomplikationer hos äldre kvinnor som föder barn och därför ökar antalet kejsarsnitt med kvinnans ålder.
- 2) att obstetrikerna handlägger äldre kvinnor annorlunda och utför kejsarsnitt på andra indikationer.

Högre kejsarsnittfrekvens bland äldre förstföderskor kan till viss del vara orsakad av ökad risk för graviditetskomplikationer (20). Detta ses dock både i sjukhus- och populationsbaserade studier där man inte rapporterar en ökad frekvens av graviditetskomplikationer (21). Vissa studier visar en klar ökning av andelen kejsarsnitt redan i åldersgruppen ≥ 30 år (7), trots att det i denna grupp inte ses någon ökad risk



Figur 2. Risken för trombos och lungemboli i avseende på ålder och kejsarsnitt.

för komplikationer eller dålig perinatal utgång (4).

Vissa andra undersökningar visar ett mer utdraget förlossningsförlopp och att värksvaghetsstillstånd är vanligare bland äldre kvinnor som föder barn. Detta kan bidra till ökad frekvens av akuta kejsarsnitt (22).

En studie inkluderade patienter som kom in och definierades vara i förlossningsarbete. Även här gjordes signifikant fler kejsarsnitt i den äldre gruppen (> 35 år) än i den yngre; OR 2,4 (1,2-5,1 95% CI). Indikationerna var proportionellt fördelade i båda grupperna. Vid en stegvis logistisk regressionsanalys kvarstod maternell ålder som en oberoende riskfaktor för akut kejsarsnitt. Dessutom föll behov av oxytocinstimulering, födelsevikt och epiduralbedövning ut som oberoende faktorer för akut kejsarsnitt. Man menade i denna studie att obstetrikerns inställning var av underordnad betydelse när det gäller den högre kejsarsnittsfrekvensen i den äldre gruppen. Istället var det mer värkproblem och antalet större barn som var orsaken till den högre kejsarsnittsfrekvensen bland de äldre mammorna (3).

Andra undersökningar visar att en av de viktigaste faktorerna för den ökade sectiofrekvensen är obstetrikernas annorlunda förhållningssätt till kvinnor över 35 år som föder barn, och att man frångår indikationer och snabbare gör kejsarsnitt än hos kvinnor i 20-30 årsåldern (2, 23-26). Man har också föreslagit att många obstetiker inte har följt med i debatten om ålder som obstetrisk riskfaktor och läst senare publikationer i ämnet, som inte visar på försämrat perinatalt resultat hos dessa kvinnor (23).

En studie från Israel (1998) omfattade 109 både först- och omfödelskor ≥ 44 år. 43/109 (39,4%) genomgick sectio och av dessa var 6 (14 %) akuta och resten var elektiva (76,%). Man delade in kejsarsnitten i klart befogade (12 av 37), intermediära (8 av 37) och en grupp där man utförde sectio endast på grund av att patientens läkare ansåg att man skulle göra det (17/37). I kontrollgruppen med kvinnor mellan 20-29 års ålder utfördes 13 kejsarsnitt (13 av 309, 4,2%). Av dessa redovisas 7 som elektiva (10). I denna studie var den sammantagna sectiofrekvensen låg (11,6%). Bland förstfödelskor var den däremot 26,8% och bland förstfödelskor med infertilitetsbehandling var den

59,4%. Bland patienter med äggdonation var denna siffra som mest uttalad med 63,4% (av 15 fall) och var i det närmaste dubbelt så hög som kvinnor som fått annan typ av infertilitetsbehandling (34,3%). Å andra sidan var detta material från deras eget sjukhus och inte populationsbaserat; om man tillmätit obstetrikerns inställning betydelse så hade det varit en kritik mot dem själva (3).

I tabell 3 nedan redovisas siffror från en amerikansk studie där man spaltat upp risken för kejsarsnitt i relation till ålder och graviditets- och förlossningskomplikationer (25).

Förstfödelskor	OR	CI 95 %
20-29 år, komplikation	1,0	
>35 år, komplikation	0,94	0,6-1,6
20-29 år, ej komplikation	1,0	
>35 år, ej komplikation	2,5	1,8-3,5
Omfödelskor		
20-29 år, komplikation	1,0	
>35 år, ej komplikation	1,4	1,1-1,9
20-29 år, ej komplikation	1,0	
>35 år, ej komplikation	1,6	1,1 – 2,4

Tabell 3. OR för kejsarsnitt i relation till ålder och graviditets- och förlossningskomplikation (25)

I tabell 4 nedan redovisas ett par studier med OR för sectio i relation till ålder och typ av kejsarsnitt (elektivt/akut, värkar/ inte värkar).

Artikel	Åldersgrupp	AOR (CI=95%)
<i>Roberts et al 1994, Australien</i> (11)	≥ 35 år (jfr 20-29 år) elektivt kejsarsnitt	3,6 (2,8-4,6)
	≥ 35 år (jfr 20-29 år) akut kejsarsnitt	2,2 (1,7-2,8)
<i>Cnattingius et al 1998, Sverige</i> (7)	≥ 35 år (jfr ≤ 19 år) elektivt kejsarsnitt	4,7 (3,6-6,2)
	≥ 35 år (jfr ≤ 19 år) akut kejsarsnitt	4,3 (3,5-5,2)
<i>Edge et al 1993 Californien</i> (15)	≥ 35 år (jfr 20-29 år) kejsarsnitt utan värkar	OR 3,5 (2,1-5,0)
	≥ 35 år (jfr 20-29 år) värkar	OR 2,0 (1,4-2,3)

Tabell 4. OR för sectio i relation till ålder och typ av kejsarsnitt (elektivt eller akut, värkar eller ej värkar).

Vissa författare är tydliga i sina slutsatser om orsakerna till den ökade frekvensen kejsarsnitt bland äldre förstfödelskor, andra är mer svävande på målet. Cnattingius et al menar att den dramatiska effekten av ålder på risken för kejsarsnitt (OR = 4,3 och 4,7, tabell 4) inte har medicinska orsaker. Styrkan i deras undersökning är att det är en populationsbaserad undersökning och således inte utvärderar sitt eget handlande. Problemet med sjukhusbaserade studier i detta sammanhang är att man oftast utvärderar sig själva. Om man kommer fram till att man saknar en god indikation till sina kejsarsnitt så ifrågasätter man sin egen professionalitet.

Bakgrunden till att man över huvud taget bekymrar sig för denna fråga, är ju naturligtvis den ökade morbiditeten och mortaliteten som följer kejsarsnittsngreppet (23).

Värkproblem

Man har i vissa undersökningar noterat att förlossningsförloppet tenderar att bli mer utdraget och att värksvaghetsstillstånd är något mer vanliga bland äldre kvinnor som föder barn (6). I en studie från 60-talet såg man ett förlängt utdrivningsskede (27). Man kunde i en mer aktuell studie inte bekräfta detta men man såg en förlängning av utdrivningsskedet som inte var signifikant (3). I en sjukhusbaserad studie från amerikanska västkusten fann man en signifikant men liten ökning av andelen kvinnor med värkproblem i gruppen förstfödelskor ≥ 35 år (15). Möjliga förklaringar är ökad barnstorlek, förändrat värkmönster, minskad eftergivlighet hos bäckenet eller minskad förmåga hos modern att krysta ut barnet (3).

I en studie från USA fann man inga signifikanta skillnader i förlossningsförloppet mellan äldre och yngre kvinnor, förutom att man i den äldre gruppen fick gå upp högre i oxytocindoser under längre tid för att nå förlossning (3). Detta skulle kunna tala för förändrad kontraktilitet hos myometriet.

Man har spekulerat i om de små men i vissa studier noterade värkproblemen kan bero minskad myometrieffektivitet (22, 27). Någon fysiologisk förklaring på detta har man inte kunnat säkerställa men det finns olika förslag som presenterats. En är att det skulle finnas färre sk. gap-junctions hos den äldre förstföderskan som är inducerade av tidigare värkarbete (2). Man har också föreslagit att en orsak skulle vara att det finns klart fler kärl i myometriet med skleros hos en kvinna som är mer än 39 år (85%) än de som är mellan 20-29 år (37%) (1).

Perinatal mortalitet

Frågan om det verkligen föreligger en ökad risk för intrauterin och neonatal dödlighet hos dessa kvinnor är naturligtvis av största vikt att utreda i detta sammanhang. I så gott som alla äldre studier föreligger det en ökad frekvens av både intrauterin dödlighet och neonatal dödlighet. Studier från andra hälften av 90-talet är inte lika övertygande som de tidigare. De visar på en något ökad risk för intrauterin fosterdöd, men däremot är det oklart om den neonatala dödligheten är ökad.

Intrauterin fosterdöd

Cnattingius et al har gjort 2 populationsbaserade undersökningar som är publicerade under första hälften av 90-talet där man bl a analyserar intrauterin fosterdöd (4, 28). Fretts gjorde en analys av ett stort material från ett sjukhus i Montreal men det var insamlat under mer än 30 år (1961-1993) (29). Resultaten är redovisade ovan i tabell 5.

Forman publicerade i början på 80-talet också ett material från MFR som visade en signifikant riskökning för intrauterin fosterdöd OR 1- 3 för olika subgrupper, men ingen sådan tendens för neonatal dödlighet (30). I en senare publikation har Cnattingius visat att den åldersspecifika ökningen av OR för intrauterin fosterdöd försvinner eller minskar vid nästa förlossning hos samma patienter. Å andra sidan kan man inte vara helt säker på att det är

Artikel	Åldersgrupp	OR (CI=95%)
<i>Cnattingius et al 1992, Sverige (16)</i>	30-34 år	1,4 (1,1-1,8)
	≥35 år	1,4 (0,995-2,0)
Artikel/paritet/rökning	Åldersgrupp	OR (CI=95%)
<i>Cnattingius et al 1993, Sverige (17)</i>		
omföderska, ej rökare	20-24 år	1,0
omföderska, rökare	20-24 år	1,4 (1,3-1,6)
förföderska, ej rökare	20-24 år	1,3 (1,2-1,5)
förföderska, rökare	20-24 år	1,9 (1,7-2,2)
omföderska, ej rökare	> 35 år	1,8 (1,5-2,1)
omföderska, rökare	> 35 år	2,6 (2,1-3,2)
förföderska, ej rökare	> 35 år	2,4 (1,9-3,0)
förföderska, rökare	> 35 år	3,5 (2,7-4,5)
Artikel	Åldersgrupp	OR (CI=95%)
<i>Fretts et al 1995, USA (38)</i>	< 30 år	1,0
	30-34 år	1,3 (0,9-1,7)
	35-39 år	1,9 (1,3-2,7)
	≥40 år	2,4 (1,3-4,5)

Tabell 5. OR för intrauterin fosterdöd i relation till ålder, paritet och rökning i vissa fall.

samma population man undersöker, då gruppen som föder ett barn ≥35 år kan skilja sig i avseende på andra riskfaktorer för intrauterin fosterdöd (31).

Neonatal dödlighet

I flera studier från 60- och 70-talen påvisades ökad neonatal dödlighet. Bilden ter sig dock annorlunda idag. I Hansens översiktsartikel från 1986 finns det över 20-talet referenser som talar för ökad perinatal och neonatal dödlighet (12). I de aktuella studierna har OR en tendens att ligga åt högre hållet i avseende på neonatal dödlighet, men är inte signifikant ökad i de 2 valgjorda populationsbaserade undersökningar (4,17) som redovisas här nedan i tabell 6.

Artikel	Åldersgrupp	OR (CI=95%)
<i>Cnattingius et al 1992, Sverige (16)</i>	20-24 år	1,0
	25 - 29 år	0,9 (0,7-1,1)
	30-34 år	0,9 (0,7-1,2)
	≥35 år	1,3 (0,9-2,0)
<i>Gilbert et al 1999, Californien (9)</i>	≥ 40 år	1,4 (0,9 - 2,2)

Tabell 6. OR för neonatal dödlighet i relation till moderns ålder.

I en sjukhusbaserad studie från amerikanska västkusten fann man inte en signifikant ökning av den neonatala dödligheten i gruppen förföderskor ≥35 (15). Liknande resultat visade en annan amerikansk undersökning som publicerades i början på 90-talet (32). Ingen av studierna från 90-talet visade ökad perinatal mortalitet bland kvinnor ≥40 år (2,16,18,23).

Prematuritet

De allra flesta studierna visar en ökad förekomst av prematurbörd hos äldre kvinnor. Endast ett fåtal studier talar emot detta (13). Här nedan redovisas några aktuella studier i tabell 7 och 8 (4,11,33)

Ökad förekomst av prematuritet innebär naturligtvis ökad förekomst av dåligt perinatalt utfall varför det är viktigt att man räknar ut ett AOR och tar med prematurbörd i en sådan beräkning.

Barnvikter

Det finns undersökningar som talar såväl för ökad som minskad vikt och även SGA. I en populationsbaserad undersökning från amerikanska västkusten noterades 17,1 % barn över 4 kg bland mammor mer än 35 år och 13,6% i gruppen mammor mellan 20-29 år vilket var signifikant (25). Andra studier visar också ökad mängd stora barn. Det största intresset har dock fokuserats runt de små barnen och dess koppling till perinatal mortalitet.

Artikel	Åldersgrupp	OR (CI=95%) ≥32 veckor	OR (CI=95%) 33-36 veckor	OR (CI=95%) ≥37 veckor eller p-värde
<i>Cnattingius et al 1992, Sverige (16)</i>	35-39 år	1,7 (1,4-2,1)	1,2 (1,1-1,3)	
	≥40 år	1,9 (1,2-2,9)		1,5 (1,2-1,8)
<i>Roberts et al 1994, Australien (14)</i>	≥35 år	1,2 (0,6-2,5)		2,0 (1,5-2,9)
<i>Oswald et al 1991, Australien (2)</i>	≥35 år (jfr 20-29 år)			11,1% resp. 5,6% p = 0,001

Tabell 7. OR i relation till ålder och prematurbörd.

Artikel/paritet/rökning	Åldersgrupp	OR (CI=95%)
omföderska, ej rökare	20-24 år	1,0
omföderska, rökare	20-24 år	1,6 (1,6-1,7)
förföderska, ej rökare	20-24 år	1,5 (1,4-1,6)
förföderska, rökare	20-24 år	1,7 (1,6-1,8)
omföderska, ej rökare	>35 år	1,4 (1,3-1,5)
omföderska, rökare	>35 år	2,3 (2,1-2,4)
förföderska, ej rökare	>35 år	2,1 (1,9-2,2)
förföderska, rökare	>35 år	2,3 (2,1-2,5)

Tabell 8. OR för prematurbörd (prematuritet = 36 veckor) i relation till ålder, paritet och rökning. *Cnattingius et al 1993, Sverige (17).*

SGA (small for gestational age)

I stort råder enighet om att äldre kvinnor föder fler SGA barn. Roberts et al redovisade ett material 1994 där man jämförde kvinnor ≥35 år med kvinnor mellan 20-29 år och man fick fram ett OR 1,3 (1,0-1,7). *Cnattingius* material från Sverige överensstämmer med det och redovisas i tabell 9 (4).

Artikel	Åldersgrupp	OR (CI=95%)
<i>Cnattingius et al 1992, Sverige (16)</i>	20-24 år	1,0
	25-29 år	1,1 (1,04-1,2)
	30-34 år	1,4 (1,3-1,6)
	35-39 år	1,7 (1,5-2,0)
	≥40 år	1,4 (1,01-2,0)

Tabell 9. OR för SGA hos mödrar i relation till åldern.

Artikel/paritet/rökning	Åldersgrupp	OR (CI=95%)
omföderska, ej rökare	20-24 år	1,0 (referensgrupp)
omföderska, rökare	20-24 år	2,5 (2,3-2,7)
förföderska, ej rökare	20-24 år	1,8 (1,7-2,0)
förföderska, rökare	20-24 år	4,8 (4,0-5,1)
omföderska, ej rökare	>35 år	1,2 (1,1-1,4)
omföderska, rökare	>35 år	4,4 (3,9-5,0)
förföderska, ej rökare	>35 år	2,5 (2,2-3,0)
förföderska, rökare	>35 år	9,0 (7,7-10,4)

Tabell 10. OR för SGA i relation till moderns ålder, paritet och rökning. *Cnattingius et al 1993, Sverige (17).*

huvudsakliga dödsorsaken bland kvinnor ≥35 år var tromboembolisk sjukdom, postpartum blödningar och puerperala infektioner (34).

I Sverige har man gått igenom mödrarmortaliteten från 1931-1988 (36-38). Under perioden 1971-80 förelåg det en 23-faldigt ökad risk för maternell död bland kvinnor >40 år i jämförelse med kvinnor i åldersgruppen mellan 15-29 år. Förföderskor i åldersgruppen mellan 30-49 år löper en 7-faldig ökad risk i jämförelse med kvinnor under 30 år. Under denna tidsintervall dog det sammanlagt 68 kvinnor. Dödsorsaken för 10 av dessa kvinnor var tromboembolisk sjukdom. Av de 10 som dog pga av tromboembolisk sjukdom var endast en som var vaginalförlöst (38). Under perioden 1980-88 visade det sig att ålder utgjorde en ändå större riskfaktor för maternell mortalitet än tidigare. Den relativa risken för maternell mortalitet var 20 för kvinnor ≥35 år i jämförelse med de som var 34 år och yngre (38).

≥40 år

I några aktuella publikationer från andra hälften av 90-talet försöker man hitta en mer adekvat gräns för äldre förföderska än ≥35 år. Flera undersökningar visar att det inte föreligger ökade risker efter ≥35 år av sådan omfattning att de har klinisk betydelse. Man söker därför efter en annan åldersgräns för att få fram mer påtagliga skillnader mellan grupperna. Vissa författare har valt att göra undersökningar där gränsen är ≥40 år (16). *Gilbert et al* har gjort en stor populationsbaserad undersökning i avseende på riskfaktorer bland förf- och omföderskor ≥40 år som nyligen är publicerad. Materialet omfattar 24 032 gravida kvinnor ≥40 år och är från Californien (17). Se tabell 11. *Bianco et al* har gjort en sjukhusbaserad undersökning i avseende på riskfaktorer bland förf- och omföderskor ≥40 år. Materialet omfattar 1404 gravida kvinnor ≥40 år och är från ett New York sjukhus (2). Se tabell 11. I de två ovan nämnda studierna gjordes jämförelser med 20-29 åringar (2,17). AOR har beräknats i dessa studier.

Chan et al har valt att i sitt material från Hongkong jämföra kvinnor ≥40 år och <40 år (16). *Chans* material är betydligt mindre än de två ovan nämnda studierna och omfattar sammanlagt 205 patienter ≥40 år, varav 51 stycken är förföderskor (16). Se tabell 11.

Spellacy et al har gjorde en undersökning i mitten på 80-talet utifrån en databas som slagits samman av material från 13 olika sjukhus i Illinois. 511 kvinnor ≥ 40 år födde barn. Jämförelsegruppen var kvinnor mellan 20 och 30 år. Man fann att kvinnor ≥ 40 år hade ökad frekvens av placenta previa men när man korregerade för paritet kvarstod inte skillnaden. Man fann också att överviktiga kvinnor ≥ 40 år hade ökad risk för gestationsdiabetes, gestationshypertoni, makrosomi, låg Apgar och intrauterin fosterdöd. Man kunde inte finna samma siffror bland kvinnor som inte var överviktiga. Därför menar Spellacy att kvinnor som är normalviktiga och ≥ 40 år har anledning att förvänta sig ett gott graviditetsutfall (18). Ingen av studierna visade ökad perinatal mortalitet bland kvinnor ≥ 40 år (2,16,18,23).

≥ 45 år

Dildy et al har sammanställt tidigare studier (från 1948 till 1987) inom denna åldersgrupp och själva gjort en sjukhusbaserad undersökning. Incidensen av graviditet i denna åldersgrupp i USA från 1927-1994 varierar den mellan 0,063-0,155 %. Men alla studierna visar på en klar dominans på 45-47 år och därefter är det endast enstaka graviditeter. Deras egen studie omfattade 79 patienter, varav 3 var förstföderskor (1 oocytdonation). Tre var IVF och resten spontana graviditeter. Man såg en hög incidens av gestationsdiabetes (12,7%) och preeklampsi (10,1%). Det noterades en hög frekvens av kejsarsnitt (31,7%). I sin sammanfattning menar man att kvinnor ≥ 45 år kan förvänta sig ett gott utfall av graviditeten (39).

≥ 50 år – Oocytdonation

Sedan mitten på 80-talet har det blivit praktiskt möjligt för den postmenopausala kvinnan att bli gravid med IVF-teknik genom oocytdonation. Metoden är effektiv och lyckas oavsett ålder i drygt 25-50% av alla embryonal transfers (ET) (40). Det har visat sig att den begränsande faktorn för graviditet i högre åldrar inte är uterus utan ovarierna: ovariet är det organ som sätter den reproduktiva gränsen i avseende på ålder (41). Vissa författare menar att det enda hindret för graviditet hos dessa kvinnor är deras fysiska och psykiska hälsa (42). I ett material från USA som inkluderar perimenopausala och postmenopausala kvinnor mellan 45 och 59 år, påvisas ingen signifikant åldersskillnad mellan de kvinnor som blev gravida och fick barn och de som inte blev gravida vid oocytdonation (43). Andra publikationer bekräftar detta (42, 43).

Den äldsta kvinnan i litteraturen som genomgått graviditet och fått barn efter oocytdonation var 63 år och 9 månader när hon födde sin förstfödda dotter. Hon hade undanhållit sin riktiga ålder och angivet en ålder som 10 år yngre (44).

I början av 90-talet räknade man med att det förekom ca 1000 fall av oocytdonation i USA per år. Antalet har ökat under 90-talet (40).

I publicerade material gjordes en noggrann medicinsk genomgång av patienterna före behandlingen, patienter med sjukdomar som kunde interferera med möjligheterna att bli gravid eller graviditetsförloppet behandlades inte. I ett material med 17 förlösta patienter (10 simplex, 6 duplex, 1 triplex) med en ålder mellan 50-56

år fick 7 gestationshypertoni (från a duplex och triplex men ingen test hade indikerat detta), 1 preeklampsi, 3 prematura värkar och 2 gestationsdiabetes (båda duplex) (40). I ett annat större material på 74 patienter hade 9 prematura värkar, 8 gestationshypertoni, 6 gestationsdiabetes, 3 placenta previa (2 med accreta), 2 preeklampsi och 2 med HELLP (43). Man har inte påvisat försämrat neonatal utfall vid oocytdonation (40, 43). Det föreligger en klar ökad risk för flerbörd vid oocytdonation men man har inga indikationer på att det är relaterat till andra faktorer än antalet embryon som sätts in vid ET. I en studie från Karlifonien rekommenderas att antalet embryon minskas till maximalt tre (43).

Graviditet hos kvinnor över 50 år innebär en mycket hög risk för maternella komplikationer, som delvis är relaterade till flerbörd, men även andra faktorer har betydelse. Utredningen innan behandling hade inte identifierat patienterna som fick komplikationer.

För att undvika risk för komplikationer i form av preeklampsi, ablatio och intrauterin fosterdöd rekommenderas på vissa centra i USA att dessa patienter förlöses när de nått vecka 37 (41). Någon säker vetenskap bakom dessa siffror har jag inte lyckats återfinna. Däremot saknas rekommendationer hur dessa patienter skall förlösas, även om majoriteten har förlöst med sectio. I den ena sammanställningen var det 10/17 (59%) som förlöstes elektivt med sectio (från a flerbörd) (40), i den andra sammanställningen förlöstes 48/74 (65%) (43).

	<i>Gilbert et al</i>	<i>Bianco et al</i>	<i>Chan et al</i>
gestationsdiabetes 0-para	OR 4,0 (3,6-4,5)	OR 2,7 (1,9-3,7)	OR 5,0 (2,8-9,0)
gestationsdiabetes, omföderska	OR 4,0 (3,6-4,5)	OR 3,8 (2,7-5,4)	OR 2,5 (1,8-3,6)
preeklampsi 0-para	OR 1,8 (1,6-2,1)	OR 1,8 (1,3-2,6)	
preeklampsi, omföderska	OR 3,1 (2,8-3,4)	OR 1,9 (1,2-3,7)	
previa 0-para	OR 10,5 (5,4-20,0)	OR 13,0 (4,8-35,0)	
previa omföderska	OR 2,7 (1,8-3,6)	OR 6,4 (2,6-15,6)	
kejsarsnitt 0-para	signifikant högre i den äldre gruppen	OR 3,1 (2,6-3,7)	OR 7,7 (4,4-13,5)
kejsarsnitt omföderska	signifikant högre i den äldre gruppen	OR 3,3 (2,6-4,1)	OR 1,9 (1,2-2,8)
vaginal operativ förlossning 0-para	signifikant högre i den äldre gruppen	OR 1,4 (1,1-1,7)	
vaginal operativ förlossning omföderska	signifikant högre i den äldre gruppen	OR 1,5 (1,2-1,9)	
förlossningsinduktion 0-para		OR 1,5 (1,2-1,8)	OR 2,3 (1,6-4,0)
förlossningsinduktion omföderska		OR 1,4 (1,1-1,7)	ej signifikant
fetal distress omföderska		OR 2,0 (1,4-2,8)	
antenatal blödning omföderska		OR 1,8 (1,1-3,1)	
pPROM omföderska		OR 1,7 (1,1-2,9)	

Tabell 11. OR i avseende på olika graviditetskomplikationer i relation till moderns ålder ≥ 40 år.

Även om oocytdonation inte idag är tillåtet i Sverige möter vi dessa kvinnor i svensk sjukvård. De åker utomlands för oocytdonation och behandling och kommer tillbaka till Sverige där vi får sköta graviditet och förlossning.

Sammanfattning och slutsatser

Antalet kvinnor som föder barn vid högre ålder ökar stadigt och vi har inte sett någon avtagande trend i detta avseende i Sverige ännu.

Både i äldre och senare undersökningar har man visat att det föreligger en ökad risk för hypertensiv sjukdom, gestationsdiabetes och prematuritet hos dessa kvinnor.

När det gäller det perinatale utfallet så ter det sig som om förstföderskor ≥ 35 år har en ökad risk för intrauterin fosterdöd, men man har inte i moderna undersökningar kunnat se motsvarande risk för ökad neonatal dödlighet. Dock vet vi inte hur modern antenatal övervakning kan påverka dessa siffror, t ex om ultraljud, CTG och dopplerflödesmätningar kan minska risken för intrauterin fosterdöd i denna åldersgrupp.

Vi vet heller inte om modern diabetesbehandling kan påverka utfallet i avseende på intrauterin fosterdöd bland äldre mödrar, även om det finns anledning att tro det.

Vi vet dock att det förekommer en påtaglig ökning av antalet kejsarsnitt i denna grupp. Vi vet också att risken för att insjukna i tromboembolisk sjukdom ökar med åldern och om man är kejsarsnittsopererad.

Om man tar hänsyn till underliggande sjukdomar (t ex diabetes, hypertension m m) så har kvinnor ≥ 35 år en minimal riskökning för maternell morbiditet. Det övergripande perinatale utfallet är inte signifikant påverkat (2,4,14,15).

Såväl maternell ålder som paritet påverkar sannolikt den uteroplacentära perfusionen negativt. Denna negativa samverkan kan eventuellt bero på ytterligare försämrat blodflöde (28). Detta kan vara en av mekanismerna bakom den lätt ökade risken för ett försämrat perinatale utfall som man observerar bland äldre flerföderskor (30). Rökning bland äldre gravida kvinnor kan förvärra denna problematik (28).

Man skall inte underskatta de folkhälso-mässiga fördelarna med att föda ≥ 35 år. Äldre mödrar har ofta högre utbildning, har högre socioekonomisk status som i ett internationellt perspektiv klart påverkar mängden besök på mödravården, bättre nutritionstatus och röker mindre. Allt detta resulterar i en förbättrad utgång av graviditeten, speciellt i avseende på födel-sevikt (11).

I ett internationellt perspektiv kan man nog idag tona ner riskerna med att föda barn hos kvinnor ≥ 35 år. Det som komplicerar bilden i ett svenskt perspektiv är att flera av de bästa studierna på området är gjorda i Sverige varför man måste förhålla sig med fortsatt skepsis till mycket av det utländska sjukhusbaserade materialet. Det förefaller dock inte som om Cnattingius och Formans material från Sverige innebär en sådan riskökning, att man behöver vidta mer än allmänpreventiva åtgärder på sedvanligt sätt utifrån ett mödrhälsovårdsperspektiv.

Det förefaller som om den tidigare gränsen för att betrakta en kvinna som äldre, i dessa sammanhang ≥ 35 år, är mindre aktuell idag. Den mest adekvata gränsen bör ligga någonstans över 40 år (kanske 45), men exakt var den ligger är svårt att uttala sig om utifrån publicerat material.

Ett stort problem är föreställningen hos kollegor om att det finns en påtagligt ökad risk som motiverar ett annorlunda handläggande och de kraftigt ökade kejsarsnittssiffrorna. Den höga kejsarsnittsfrekvensen idag kan inte heller legitimeras av den relativt måttliga stegring av dåligt perinatale utfall som man kunnat se i äldre material.

En genomgående brist i redovisningen i samtliga artiklar är att man konstaterar att det föreligger en klart ökad risk för kejsarsnitt med stigande ålder, men ingen diskussion finns om den maternella risken som kejsarsnitt i sig innebär i dessa åldrar.

Det saknas helt randomiserade kontrollerade studier om hur man skall handlägga graviditeter hos äldre gravida kvinnor.

En omvärdering av de förhållningssätt som i praktiken styr dagens handläggning av äldre kvinnor som föder barn behövs. Den naturliga utgångspunkten i Sverige för en sådan omvärdering är de utmärkta svenska studier på området som vi har tillgång till.

Referenser

1. Lansac J. Human Reproduction 1995;10(5):1033-6.
2. Bianco A. Obstet Gynecol 1996; 87(6):917-22.
3. Adashek JA. Am J Obstet Gynecol 1993;1993(4):936-40.
4. Cnattingius S. JAMA 1992;268(7): 886-90.
5. Tzoumaka-Bakoula C. Paediatr Perinat Epidemiol 1989;3:41-52.
6. Ventura SJ. Public Health Rep 1984; 99:138-46.
7. Cnattingius R. Obstet Gynecol 1998;92(4):501-6.
8. Windridge KC. Birth 1999;26(1): 16-23.
9. Befolkningsförändringar. Stockholm; 1995.
10. Dulitzki M. Obstet Gynecol 1998; 92(6):935.
11. Roberts CL. Med J Aust 1994;160: 539-44.
12. Hansen JP. Obstet Gynecol Surv 1986;41(11):726-41.
13. Fonteyn VJ. Obstet Gynecol Surv 1988;43(12):709-20.
14. Prysak M. Obstet Gynecol 1995;85 (1):65-70.
15. Edge V. Am J Obstet Gynecol 1993; 168(6):1881-5.
16. Chan BCP. Human Reproduction 1999;14(3):833-7.
17. Gilbert WM. Obstet Gynecol 1999; 93(1):9-14.
18. Spellacy WN. Obstet Gynecol 1986; 68(4):452-4.
19. Greer IA. Lancet 1999;353:1258-65.
20. Berendes HW. In: Reproductive and perinatal epidemiology. 1991. p. 27-41.
21. Berkowitz GS. N Eng J Med 1990; 322(10):659-64.
22. Cohen WR. Obstet Gynecol 1980; 55:414-6.
23. Peipert JF. Obstet Gynecol 1993;81 (2):200-5.
24. Kessler I. Obstet Gynecol 1980;56 (2):165-9.
25. Gordon D. Obstet Gynecol 1991;77 (4):493-7.
26. Kirz DS. Am J Obstet Gynecol 1985;152:7-12.
27. Friedman EA. Am J Obstet Gynecol 1965;91:915-24.

28. Cnattingius S. Am J Obstet Gynecol 1993;168(1):16-21.
29. Fretts RC. N Engl J Med 1995;333(15):953-7.
30. Forman MR. JAMA 1984;1984(262):3135-9.
31. Cnattingius S. Obstet Gynecol 1993(81):4.
32. Leyland AH. N Engl J Med 1990;323(6):413-4.
33. Oswald J. Med J Aust 1991;154:246-9.
34. Buehler JW. JAMA 1986;255:53-7.
35. Rochat RW. World Health Stat 1981;34:2 - 13.
36. Högberg U. Acta Obstet Gynecol Scand 1985;64:583-92.
37. Högberg U. Acta Obstet Gynecol Scand 1986;65:161-7.
38. Högberg U. Obstet Gynecol 1994;84:240-4.
39. Dildy GA. Am J Obstet Gynecol 1996;175(3):668-74.
40. Sauer MV. Fertil Steril 1995;64(1):111-5.
41. Sauer MV. Lancet 1993;341(8841):321-3.
42. Sauer MV. JAMA 1992;268:1275-9.
43. Sauer MV. Hum Reprod 1996;11(11):2540-3.
44. Paulson RJ. Fertil Steril 1997;67(5):949-51.

Fullständig referenslista kan lämnas av författaren; bo.jacobsson@telia.com ■

**Nu är
ACTA
online
www.ingenta.com**

Avhandlingsabstrakt

Lennart Kjellberg

Etiology and management of cervical intraepithelial neoplasia with special reference to human papillomavirus infection. Department of Obstetrics and Gynecology, Umeå University Hospital, Sweden 2000 ISBN 91-7191-771-3

Background: Cervical cancer is globally the second most common cancer among women. Human Papillomavirus (HPV) is known to be the main causative agent of cervical intraepithelial neoplasia (CIN), the precursor of cervical cancer. Almost 150 different types of HPVs are described. About 30 types infect the genital mucosa. Most HPV infections are transient, but a minority becomes persistent and it is among the women with persistent infection that CIN develops. The introduction of organized invitational screening programs with cervical smears (Pap smear) resulted in a >50% reduction of the cervical cancer incidence, by detection and treatment of CIN lesions. The treatment modalities for CIN are mostly different forms of cervical conization procedures. In Sweden, still about 500 women will develop cervical cancer each year.

A population-based case-control study was performed to investigate the possible importance of other environmental cofactors than HPV in the etiology of CIN and to evaluate whether HPV testing could be helpful for improvement of cervical screening strategies and the treatment of CIN. Study population: Two hundred and fifty women resident in the county of Västerbotten in Northern Sweden, were referred to colposcopy because of an abnormal Pap smear. Cervical brush samples for HPV DNA analysis by PCR were taken, colpo-

scopy and eventually a punch biopsy and a CO₂ laser excision (conization) was performed. A serum sample for HPV serology was taken and the women answered a questionnaire about dietary habits, smoking, oral contraceptive (OC) use and sexual history. The women were followed-up for three years with repeat cytology and HPV DNA analysis to monitor efficacy of the treatment.

As a control group, 320 age-matched women from the general population attending the invitational screening program and invited by an additional letter, were enrolled. Cervical smear, cervical HPV DNA, blood sample and questionnaires were performed in the same manner as for referred women.

Results: In the screening population, 0.9% had a cytological CIN diagnosis whereas 58% of referred women had CIN by cytology. Compared to women with normal cytological findings, the odds ratio (OR) of having CIN grade II-III in case of HPV DNA positivity was 606. The positive predictive values of a positive HPV DNA test for existent CIN were 14% in the control group and 76% in the referral population. The negative predictive values of a negative HPV DNA test for absence of high grade CIN were >97% in both populations. The sensitivity of HPV serology compared with concomitant cervical HPV DNA occurrence was

>65%. Seropositivity was significantly associated with an increased risk for CIN III, but not associated with low-grade cervical lesions. Both total IgG, IgG1 and IgA were found to be HPV type-specific. IgG1 appeared to mark lifetime cumulative HPV exposure, whereas IgA may mark recent or current infection. Apart from HPV infection, smoking appeared to be the only environmental factor to influence the development of CIN. Carbon dioxide laser excision was effective in treating CIN and also resulted in clearance of cervical HPV infection.

Conclusions: Etiology of CIN: HPV infection was the dominant cause of cervical neoplasia. Smoking was a contributing cause. We found no evidence that dietary and nutritional factors, oral contraceptive use or other sexually transmitted infections than HPV were of etiological significance. Application in screening: Our results indicate that among women above 35 years of age with an abnormal Pap test, HPV DNA testing could be useful for selecting women for colposcopy. Application in CIN management: HPV DNA testing was found to be useful to determine treatment efficacy in follow up after treatment.

Key words: Human Papillomavirus, deoxyribonucleic acid, Pap test, cervical, intraepithelial neoplasia, epidemiology, smoking, antibody, laser conization, follow-up.