

# Svårt upptäcka tillväxtstörning hos foster

Kvalitetskriterierna för MVC-vården fungerar inte i praktiken

**Det är inte lätt att före förllossningen upptäcka tillväxtstörningar hos fostret, inte ens i de fall där dålig tillväxt misstänks. Det framgår av en studie som granskat hur effektiva de kvalitetskriterier som ställts upp för den obstetriska vården egentligen är i praktiken. Vid granskning av kvalitetsindikatorn »oupptäckt SGA (small for gestational age)» befanns att knappt hälften av de barn som vid födelsen vägde mindre än 2 standarddeviationer under normalvikten för gestationsåldern upptäcktes under graviditeten. Endast ett av totalt 97 SGA-barn behövde neonatalvård. Värdet av kvalitetsindikatorn »oupptäckt SGA» ifrågasätts.**

Ökande sjukvårdskostnader tvingar fram rationaliseringar. För att dessa inte skall leda till försämrad vård har man infört kvalitetssäkring. Stockholms läns landsting har fastställt kvalitetsindikatorer för de olika specialiteterna. För obstetrisk vård har man valt de tre variabler som Svensk förening för obstetrik och gynekologi har fastställt. Dessa är:

1. Sectiofrekvens efter 36 veckor;
2. Apgar-poäng < 7 efter fem minuter;
3. »Odiagnostiserade SGA-barn», dvs barn som vid födelsen är lättare än normalt för gestationsåldern och där man inte kände till detta före förllossningen. (SGA, »small for gestational age», på svenska »lätt för tiden», LFT).

## Författare

BIRGITTA MÖRLIN  
avdelningsläkare

PETER THOMASSEN  
docent, överläkare

INGRID URSING  
mödravårdssköterska; samtliga vid kvinnokliniken, Södersjukhuset, Stockholm.

Det är uppenbart att »oupptäckt SGA» säger något om verksamheten på mödravårdscentralen snarare än på förllossningsavdelningen.

Från Stockholms läns landsting har man inte preciserat vad som menas med litenhet i detta sammanhang. Dock är det allmänt vedertaget att två standarddeviationer (SD) under medelvikten för en given gestationsvecka räknas som litenhet för tiden. Det är också denna definition som används i Medicinska födelseregistret (MFR). För en utmärkt diskussion angående litenhet och tillväxthämning hänvisas till exempelvis Altman och Hytten [1].

Vid kvinnokliniken, Södersjukhuset, sätter utskrivande läkare de obstetriska slutdiagnoserna enligt DRG-systemet (diagnosrelaterade grupper) och fyller samtidigt i en stämpel med kvalitetsindikatorerna. Sedan 1993 kontrolleras journalerna både av en journalansvarig barnmorska och en specialistläkare innan slutlig DRG-registrering äger rum i landstingets databas.

Som ett led i klinikens kvalitetssäkringsarbete önskade vi att i detalj studera utfallet av kvalitetsindikatorn »oupptäckt SGA». Vi hoppades att få svar på inte bara om registreringen fungerade väl utan också om »oupptäckt SGA» är ett bra kvalitetskriterium.

## Eget material

Under 1995 ägde 3 633 förllossningar rum. Dessa gav 3 708 barn, inklusive tvillingar och trillingar (patienter på den s k ABC-kliniken /alternative birth care/ är inte inräknade).

Vid genomgång av förllossningsligaren fann vi 97 barn som uppfyllde vårt kriterium för litenhet (–2 SD enligt Persson och Grennert [2]). Mödrarna hade kontrollerats vid 17 mödravårdsenheter (MVC), varav sex låg utanför vårt eget upptagningsområde. Alla foster som ingår i undersökningen hade blivit ultraljudsdaterade i vecka 17–18, varvid man hade använt Perssons och Grennerts tabell [2]. Av dessa 97 mammor hade 57 (59 procent) genomgått kontroller av fostrets tillväxt. Här hade man sålunda misstänkt dålig tillväxt; dessa fall kunde därför inte rubriceras som oupptäckta SGA-fall. I de resteran-

**Tabell I.** Samband mellan tillväxthämning, kliniskt tillstånd och »oupptäcksgrad».

|                     | Kontrollerade<br>(n=57) | Oupptäckta<br>(n=40) |
|---------------------|-------------------------|----------------------|
| Flerbörd            | 14                      | 0                    |
| Preeklampsi         | 13                      | 0                    |
| Missbildningar      | 2                       | 3                    |
| SGA utan känd orsak | 28                      | 37                   |

de 40 fallen hade endast tio barn efter förllossningen blivit registrerade i vår databas som små för tiden.

(I ytterligare två fall hade registrering ägt rum utan att barnet i själva verket uppfyllde kriteriet för litenhet.)

Det kliniska utfallet redovisas i Tabell I.

Vi undersökte sedan i detalj de 40 fall där ingen misstanke om dålig tillväxt förelåg före förllossningen. Hos dessa var medianvärdet för graviditetslängden 39+3 veckor (spridning 31+3–43+4), medelvikten var 2 440 g (spridning 1 275–3 050 g). I 13 fall var födelsevikten reducerad med 30 procent eller mer, korrigerad med hänsyn till kön och gestationslängd. Övriga 27 fall hade en födelsevikt mellan 23 och 29 procent under medianvikten. Det genomsnittliga antalet barnmorskebesök var 10,2; läkarbesök 1,5. Ingen mamma hade gjort mindre än fem besök hos barnmorska. Trettiosex barn bedömdes som friska efter födelsen, dvs hade full Apgar-poäng och/eller kunde lämna BB inom några dagar utan efterföljande kontroll.

Tre barn hade missbildningar: en hade pes equinovarus bilateralt samt navelbräck, en hade hypospadi och den tredje föddes med navelbräck (och omfalit). Endast ett fall var förenat med graviditetskomplikationer: modern, som hade gått på sedvanliga MVC-kontroller, kom in i graviditetsvecka 31+2 med vattenavgång och fostret i sätesändläge. Då värbetet inte gick att stoppa utfördes akut sectio. Ett barn med Apgar-poäng 8, 9, 10 och en vikt på 1 275 g föddes. På grund av misstanke om subependymal blödning utfördes EEG och datortomografi av skallen. Dessa undersökningar visade inga pato-

logiska förändringar, och det fortsatta förloppet var normalt.

### Lätt missa tillväxthämning

Det finns ett ökande intresse för såväl orsakerna till [3] som följderna av [4, 5] intrauterin tillväxthämning. Trots att de flesta allvarliga tillväxtrubbningar är förenade med patologiska förändringar vet vi att upp till 20 procent av de nyfödda som vi definierar som små för tiden i själva verket är småväxta, men helt friska [6].

Trots systematisk övervakning av alla gravida är det mycket lätt att missa tillväxthämningar. I Sverige används mätning av avståndet från symfy till fundus för att grovt skatta fostrets tillväxt. Att detta kan ha begränsat värde har visats, såväl från vårt land [7] som i andra övervakningssystem [8]. Man har diskuterat ultraljudsundersökning i tredje trimestern [6], men någon större populationsbaserad randomiserad studie för att bekräfta värdet av en sådan modell finns ännu inte publicerad. Studien är dock nyligen utförd i Norge; resultatet sammanställs för närvarande [Sturla Eik-Nes, pers medd, 1997].

### Fick vi svar?

När vi startade denna lilla undersökning ville vi ha svar på två frågor:

*Fungerar registreringen av »oupp-täckta SGA»-barn?*

*Är »oupp-täckta SGA» ett bra kvalitetskriterium?*

I likhet med andra [8] fann vi att svaret på den första frågan är nekande. Innan vi försöker förbättra registreringen tycker vi dock att det är viktigt att diskutera den andra frågan.

För att vara meningsfullt måste resultatet av registreringsverksamheten systematiskt återföras till mödravårdscentralen, helst till den enskilda barnmorskan. Några förslag om detta fanns inte med när Stockholms läns landsting införde sina kvalitetsvariabler.

Har vi sedan någon nytta av att upptäcka SGA före förlossningen? Vi vet att det bland intrauterina dödsfall döljer sig 5–10 procent gravt tillväxthämmade barn utan att modern uppvisat några symtom [9], och färskast studier har fäst uppmärksamheten på störningar i den senare utvecklingen hos barn som fötts efter tillväxthämning [4, 10]. Bland våra totalt 97 fall var det dock endast ett som krävde neonatalvård.

Gränsen –2 SD kan vara för vid som definition på tillväxthämning. Det illustreras väl av ett »SGA-barn» som föddes vecka 42+4, vägde 3 050 g och som var friskt. Om »oupp-täckta SGA» skall vara ett kvalitetskriterium vid mödravårdscentralen måste man inrikta sig på att hitta små, sjuka foster i stället för små men friska [2]. Det är möjligt att

gränsen bör vara snävare, t ex –2,5 SD eller 1-percentilen. Dessutom bör man systematisera letandet genom att använda riskfaktorer, t ex enligt Wennergren [11]. Sammanfattningsvis ifrågasätter vi alltså att kvalitetskriteriet »oupp-täckta SGA» i dess nuvarande form är ett lämpligt kriterium för mödrahälsovårdens kvalitet.

### Referenser

- Altman DG, Hytten FE. Assessment of fetal size and fetal growth. In: Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press, 1989; 1: 411-8.
- Persson PH, Grenner L. Normal range curves for the intrauterine growth of the biparietal diameter. Acta Obstet Gynecol Scand 1978; 78: 15-20.
- Soothill PW. Cordocentesis: Role in assessment of fetal condition. Clin perinatol 1989; 16: 755-70.
- Paz I, Gale R, Laor A. The cognitive outcome of full-term small for gestational age infants at late adolescence. American College of Obstetrics and Gynecology 1995; 85: 452-6.
- Teberg AJ, Walter FJ, Pena IC. Morbidity, mortality and outcome of the small for gestational age infant. Semin perinatol 1988; 12: 84.
- Lindmark G, Cnattingius S. The scientific basis of antenatal care. Acta obstet Gynecol Scand 1991; 70: 105-9.
- Persson B, Stangenberg M, Lunell NO, Brodin U. Prediction of size of infant and birth by measurements of symphysis fundus height. Br J Obstet Gynecol 1986; 93: 206-10.
- Backe B, Nakling J. Effectiveness of antenatal care: a population based study. Br J Obstet Gynecol 1993; 100: 727-32.
- Ahlenius I, Floberg J, Thomassen P. Sixty-six cases of intrauterine fetal death. A prospective study with an extensive test protocol. Acta Obstet Gynecol Scand 1995; 74: 109-17.
- Nilsson P, Söderström M, Himmelmann A. Hämmad fostertillväxt riskfaktor för sjukdom? Orsak till diabetes och hjärt-kärlsjukdom? Läkartidningen 1994; 91: 2403-6.
- Wennergren M. Perinatal risk factors with special references to intrauterine growth retardation and neonatal respiratory adaptation [dissertation]. Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg, 1985.

### Summary

#### Fetal growth disorders difficult to detect

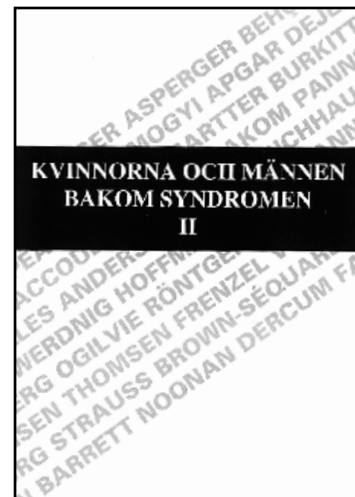
Birgitta Mörlin, Peter Thomassen, Ingrid Ursing

Läkartidningen 1998; 95: 1411-12

In a study of the practical efficacy of quality criteria for obstetric care, it was found that fetal growth disorders are difficult to detect, even when growth retardation is suspected. Examination of the quality indicator, unrecognised SGA (small for gestational age), showed barely half the cases of subnormal gestational age-related birthweight.

Correspondence: Dr Birgitta Mörlin, Dept of Obstetrics and Gynaecology, Södersjukhuset, S-118 83 Stockholm.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.



## Helt ny bok om syndrom!

• Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en helt ny efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i Läkartidningen under perioden 1990–1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

• Denna nya bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

Beställ här:

..... ex "Kvinnorna och männen bakom syndromen" à 190 kronor + porto.

BESTÄLLARE.....

ADRESS.....

POSTNUMMER/POSTADRESS

Insändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm.

Telefax 08-20 76 19