

Goda skäl för rutinundersökning med ultraljud i tredje trimestern

Det finns goda skäl för screening med ultraljud i tredje trimestern: Möjlighet att upptäcka såväl missbildningar som tillväxtstörningar. En stor del av de gravida kvinnorna genomgår redan idag ultraljud i sen graviditet, men på begränsade indikationer. Vi närmar oss alltså en screeningsituation, men utan de strikta former och den välutbildade personal som behövs.

I nummer 12/98 av Läkartidningen finns en artikel av Claes Lennartsson, »Fosterdiagnostik – en rättighet för alla som önskar». I nummer 13/98 påpekar Birgitta Mörlin och medarbetare svårigheterna med att upptäcka SGA-barn (small for gestational age) i artikeln »Svårt att upptäcka tillväxtstörning hos fostret».

Rutinundersökning av foster, så kallad screening, i andra trimestern är numera regel i Sverige medan rutinundersökningar i tredje trimestern endast förekommer på ett par ställen. Det vanligaste skälet till att inte erbjuda alla kvinnor ultraljud i tredje trimestern, anför man, är att man saknar resurser. Ett annat vanligt skäl är att det saknas randomiserade undersökningar som visar att ett andra ultraljud är kostnadseffektivt.

Många genomgår ultraljudsundersökningar

Trots detta genomgår väldigt många (kanske de flesta) gravida kvinnor en eller flera ultraljudsundersökningar i tredje trimestern. Indikationerna är många, vanligen avvikande symfyfundus-mått, hypertoni/preeklampsi eller så kallade riskfaktorer. Det vanligaste är troligen att en egentlig indikation för undersökningen saknas. Frågeställningen kan då vara till exempel »allt väl?». På vissa sjukhus har man för vana

Författare

BRITT-MARIE WELDNER
barnmorska, CURAkliniken, Malmö.

att göra ultraljud varje gång patienten kommer för kontroll på specialistmottagning. Detta kan innebära att en patient genomgår ett flertal undersökningar utan att egentliga indikationer föreligger. Beroende på undersökarens utbildning och erfarenhet får man ett mycket varierande utbyte av sådana undersökningar. För sjukvårdens trovärdighet är detta ett dilemma.

Hur skall patienten kunna skilja en undersökning föranledd av en specifik frågeställning från en undersökning i största allmänhet? Hur skall till exempel en patient som undersökts avseende placentas nedre begränsning veta att fostret aldrig undersökts avseende diafragmabräck, om ett sådant visar sig föreligga vid förlossningen? Om frågeställningen inför undersökningen är »tillväxt», så kommer undersökaren att mäta tillväxten noggrant, men eftersom undersökningen görs avseende tillväxten får man inte utgå ifrån att fullständig genomgång av fosteranatomin också görs.

Kanske görs inte ens en bedömning av placentaläget. Patienterna har en allmän uppfattning om vad en ultraljudsundersökning innebär, men beroende på vem som undersöker, på vilken ort, när på dygnet och med vilken avsikt så skiljer sig »ultraljud» högst väsentligt från det ena fallet till det andra; något som patienten sällan informeras om och som leder till missförstånd.

Missbildningar

Claes Lennartsson talar i sin artikel om barn med diafragmabräck. Precis som Lennartsson påpekar är prenatal diagnos av detta tillstånd viktig eftersom dessa barn bör födas på sjukhus med barnkirurgiska resurser. Omhändertagandet av barnet direkt efter förlossningen påverkar i hög grad prognosen. Lennartsson nämner att av åtta nyfödda med diafrag-

DEBATT

»Hur skall patienten kunna skilja en undersökning föranledd av en specifik frågeställning från en undersökning i största allmänhet? Hur skall till exempel en patient som undersökts avseende placentas nedre begränsning veta att fostret aldrig undersökts avseende diafragmabräck, om ett sådant visar sig föreligga vid förlossningen?»

mabräck hade endast två av barnen fått (rätt) diagnos före födelsen trots att dessa åtta barn genomgått 26 ultraljudsundersökningar. Ett av barnen var undersökt sju gånger.

Lennartsson föreslår att alla föräldrar, som så önskar, bör ges möjlighet till ultraljudskontroll i tredje trimestern avseende missbildningar.

För att detta skall fungera tillfredsställande med avseende på till exempel diafragmabräck måste man beakta att:

1. Diagnosen diafragmabräck kan



Tvärsnitt av torax hos foster i vecka 33. Diagnos av diafragmabräck i rutinundersökning i tredje trimestern.

endast ställas om fostret/barnet uppvisar de typiska ultraljudsfynd för denna missbildning. Misstanke om diafragmabräck uppstår om hjärtat är förskjutet åt höger sida i bröstkorget, Figur 1. (Defekterna är vanligen vänster-sidiga.) Vidare om magsäcken inte återfinns på normal plats nedom hjärtat på vänster sida och om cystiska strukturer förekommer i ena halvan av torax. Ökad fostervattenmängd på grund av fostrets bristande förmåga att svälja kan vara ett indirekt tecken på diafragmabräck. Har misstanken uppstått på grund av dessa olika tecken kan sedan den tränade undersökaren direkt påvisa defekten.

2. Diagnosen diafragmabräck ställs endast under förutsättning att operatören verkligen undersöker anatomin i torax och buk, och vet hur denna defekt gestaltar sig på ultraljudsbilden, det vill säga har utbildning att genomföra en missbildningsundersökning. Incidensen av diafragmabräck är 1/2 500 nyfödda barn. Med denna låga incidens är det, för att en »screening» skall ha någon som helst framgång, helt avgörande att undersökaren är synnerligen välutbildad. Denna specifika frågeställning måste således finnas med i det undersökningsprotokoll man arbetar efter.

Annan organisation krävs

Har indikationen för undersökningen varit »tillväxt», eller har undersökningen utförts av en person utan tillräckligt goda kunskaper i ultraljudsdiagnostik, kan man knappast begära att defekten (diafragmabräck) skall upptäckas, i synnerhet inte »en passant».

Skall en organiserad missbildnings-screening fungera måste organisationen vara helt annorlunda än i fallen som beskrivs i Lennartssons artikel. Med undersökning lite då och då, och utan att man mer än vagt har funderat över vad som skall undersökas, kommer man inte att kunna upptäcka missbildningar.

Undersökningarna bör vidare förläggas till den tidpunkt i graviditeten som är mest effektiv vad gäller möjligheterna att påvisa missbildningar eller tillväxtrubbningar. Helst bör undersökningarna göras i ungefär samma vecka på alla kvinnor eftersom erfarenheten av det normala utseendet i en viss vecka av fosterstorlek, fostervattenmängd och anatomi är viktig för den rutinerade operatören. Undersökningen bör ske vid ett ultraljudslaboratorium.

Tillväxstörningar

Birgitta Mörlin och medarbetare konstaterar att det inte är lätt att hitta SGA-barnen med nuvarande rutiner inom mödrhälsövrården.

På de flesta håll i Sverige påvisar

man knappt hälften av SGA-barnen med nuvarande rutiner, det vill säga datering med ultraljud i andra trimestern och fortsatta kontroller med symfys-fundus-mått och ultraljudsundersökning i händelse av lågt eller fallande mått. Man kan inte visa ökad detektionsgrad vid mer uttalad tillväxthämning. Ultraljudsundersökning görs dessutom på indikationer såsom hypertoni och riskfaktorer, där man vet att risken för tillväxthämning är ökad, eller på grund av allmän oro hos patient, barnmorska eller doktor. Av en mängd bra studier på området kan man utläsa att rent teoretiskt bör det vara omöjligt att med en sådan organisation upptäcka mer än 50 procent av SGA-barnen. Överdiagnostiken är betydande.

Räkneexempel

Anta följande siffror, vilka ofta förekommer i studier över symfys-fundus-måttet: Vid en incidens för SGA på 2 procent, upptäcker man med symfys-fundus-mätning ungefär 60 procent av SGA-barnen med cirka 80 procents specificitet. Detta innebär att risken för SGA vid lågt symfys-fundus-mått är cirka 5 procent. Man applicerar därefter ultraljud som sekundärmetod. Ultraljud har, vid en incidens på 5 procent, en sensitivitet på 80 procent med en specificitet på 96 procent. Om dessa metoder används tillsammans får man en teoretisk möjlighet att upptäcka 48 procent av SGA-barnen och risken är 75 procent att SGA föreligger vid positivt test.

Detta är i och för sig bra siffror. Det är därför, med kännedom om all den litteratur som finns på området, lite förvånande att, som Mörlin och medarbetare påpekar, antalet upptäckta SGA-fall används som kvalitetsnorm när man teoretiskt inte kan komma högre än 50 procent. I själva verket upptäckte Mörlin och medarbetare 28 av cirka 31 teoretiskt möjliga SGA-barn när mamman saknade symtom (48 procent av 65 barn).

Den valda strategin med symfys-fundus-mätningar är alltså inte bättre än så och innebär att man efter cirka sju besök på mödravården för symfys-fundus-mätning måste göra ultraljud på cirka 22 procent av alla gravida i tredje trimestern för att diagnostisera cirka 50 procent av SGA-barnen. Detta skall ställas mot de 1,3 besök på ultraljudsavdelningen som behövs för att diagnostisera 75 procent av SGA-barnen om alla kvinnor undersöks organiserat med ultraljud i vecka 33.

Resurserna kan användas bättre

På många håll i Sverige görs i genomsnitt 2,5–3 undersökningar med ultraljud per graviditet. Detta kan jäm-

föras med till exempel Malmö, där man erbjuder två undersökningar och kommer upp i totalt 2,3 undersökningar per graviditet. I Malmö hittar man 75 procent av SGA-barnen och 98 procent av de mycket tillväxthämmade med denna strategi.

Min reflektion är därför att eftersom så gott som alla kvinnor genomgår ultraljud i tredje trimestern – i allmänhet på vaga indikationer eller inga indikationer alls – kan resurserna användas mycket bättre.

Att undersöka på indikation kommer inte att leda till upptäckt av missbildningar eller tillväxthämning i högre grad än motsvarande den andel av populationen som undersöks, eftersom 80 procent av alla tillstånd som drabbar foster och graviditet inte ger sådana symtom hos mamman som kan ge indikation för undersökning.

Vi närmar oss under alla förhållanden en situation som påminner om screeningsituationen. För att en screening skall vara framgångsrik måste den ske vid särskilda laboratorier med välutbildad personal och under strikta former. I annat fall måste patienterna mycket noggrannare än nu informeras om det begränsade syftet med ultraljudsundersökningen på indikation; om vilka diagnoser som inte kan förväntas och vilka förväntningar hos patienten som inte kan uppfyllas.

Varför inte använda de nu befintliga resurserna på ett bättre sätt genom att organisera undersökningarna och låta alla genomgå en undersökning i tredje trimestern? •