

# Aktivare insatser för att rädda barn med 24 veckors graviditetslängd

**En enkät visar att under det senaste året har inställningen ändrats mot en mer aktiv behandling av mödrar och barn med 24 veckors graviditetstid, under det att man är ytterst restriktiv till all behandling i vecka 23. Antalet kliniker som handlägger fall av extremt kort graviditetslängd minskar; det är nu endast tre kliniker, utöver sju regionkliniker.**

År 1989 anordnade Socialstyrelsen en konferens om behandling av mödrar och barn vid extremt kort graviditetstid, som resulterade i en rekommendation att ej behandla mödrar på fetal indikation före utgången av den 25:e graviditetsveckan. Barnen skulle dock behandlas individuellt [1]. Detta ledde till att dessa mödrar som regel ej remitterades till centrala kliniker med full utrustning för neonatal intensivvård, att de ej övervakades med kardiokografi, CTG, under förlossningen och att kejsarsnitt på fetal indikation ej utfördes.

Under två år, 1990–1992, undersöktes utfallet av alla graviditeter i Sverige som avslutades efter 23 fulla graviditetsveckor och där barnen vägde  $\leq 1000$  g vid födelsen. Man registrerade dödlighet och sjuklighet, och hos överlevande undersöktes barnens hälsotillstånd vid 3 års ålder [2, 3]. Resultaten

redovisas i en artikel i detta nummer av Läkartidningen [4].

Flertalet kliniker följde under denna tid rekommendationen från Socialstyrelsen från 1989 [1]. Under denna period användes ytterst sällan kortisonbehandling till mödrarna för att påskynda lungmognaden, och behandling med ytspänningsnedsättande substanser var ej allmänt tillgänglig.

Under åren 1992–96 frångick man vid två regionsjukhus, Umeå och Uppsala, den tidigare rutinen och började behandla alla mödrar med en graviditetstid av 23–24 fulla veckor intensivt [5]. Man remitterade mödrarna med hotande förtidsbörd till dessa regionsjukhus, förlossningarna övervakades med CTG och kejsarsnitt på fetal indikation gjordes på 8 av 63 mödrar. Alla barn som föddes behandlades vid behov med snabb återupplivning, oftast med tidig intubation. Assisterad mekanisk ventilation gavs till alla barn utom två. Antalet överlevande barn ökade kraftigt jämfört med undersökningen 1990–1992. Av levande födda barn i vecka 23 överlevde nu 8 av 22 barn (35 procent) jämfört med 4 av 47 barn (9 procent) åren 1990–92, och av levande födda barn i vecka 24 överlevde nu 23 av 41 barn (56 procent) jämfört med 25 av 90 barn (28 procent) åren 1990–92.

## Ny rekommendation 1997

Resultaten från denna undersökning redovisades vid ett möte i Svensk peri-

## Författare

RAGNAR TUNELL

docent i neonatologi, f d överläkare vid neonatalavdelningen på Hudinge sjukhus.

natalmedicinsk förening år 1997. Vid detta möte kom en expertpanel fram till att den tidigare rekommendationen borde ändras så att alla kliniker rekommenderades att i det enskilda fallet själva avgöra vilken behandling som skulle ges till mödrar och barn i de kritiska graviditetsveckorna 23 och 24.

En enkät skickades 1998 till samtliga klinikchefer vid kvinnokliniker som har en ansluten neonatalavdelning. Enkäten rörde inställningen vid kliniken till:

- transport av mödrar före förlossning vid hotande förtidsbörd vid 23 och 24 fulla graviditetsveckor till regionsjukhus eller motsvarande;
- handläggningen av förlossningen avseende övervakning med CTG;
- kejsarsnitt på fetal indikation;
- assisterad ventilation till barn som saknade spontanandning vid födelsen.

Två alternativa möjligheter angavs:

1. *alltid*, det vill säga om man alltid vid kliniken genomförde åtgärderna enligt ovan;

2. *enstaka fall*, det vill säga om man

**Tabell I.** Inställning till behandling av mödrar och barn i graviditetsvecka 23 och 24, under åren 1996–97 samt 1998, vid 37 av 39 kliniker.

	Åren 1996–1997						År 1998					
	Graviditetsvecka 23			Graviditetsvecka 24			Graviditetsvecka 23			Graviditetsvecka 24		
	Alltid, procent	Enstaka fall, procent	Aldrig, procent	Alltid, procent	Enstaka fall, procent	Aldrig, procent	Alltid, procent	Enstaka fall, procent	Aldrig, procent	Alltid, procent	Enstaka fall, procent	Aldrig, procent
Remitterar eller tar emot mödrar	38	19	43	65	21	14	51	27	22	78	13	9
Genomför CTG-övervakning under förlossningen	16	19	65	32	32	36	24	30	46	54	35	11
Utför kejsarsnitt vid behov på fetal indikation	5	24	71	21	49	30	8	30	62	35	35	30
Upplivning med assisterad ventilation om barnet ej spontandas	35	40	25	62	32	6	46	35	19	87	11	2

i enstaka fall av komplicerade graviditeter vidtog de angivna åtgärderna.

Man efterfrågade situationen separat för åren 1996–1997 och för år 1998.

### Ändrad inställning under senaste året

Svar på enkäten inkom från samtliga tio kliniker som tar emot mödrar i dessa graviditetsveckor. Sju är regionsjukhus och tre länssjukhus med neonatal intensivvårdsavdelning. Av övriga 28 kliniker med neonatalvård, och som remitterar mödrarna före förlossningen, erhöles svar från 26 kliniker. Eftersom det visade sig att inställningen till behandlingen ej skilde sig mellan de kliniker som remitterade mödrarna och de kliniker som tog emot mödrarna redovisas resultaten gemensamt för samtliga kliniker i Tabell I.

Den nuvarande inställningen i Sverige är således att mödrar som har en graviditetstid av 24 fullgångna veckor remitteras till ett fåtal kliniker i landet med fullt utbyggd neonatal intensivvård. Mödrarna övervakas oftast med CTG, och om fostrets tillstånd är hotat genomförs kejsarsnitt. Barnen behandlas med intensivvård redan vid födel-sen. Under det senaste året har inställningen ändrats mot en ökad aktivitet.

I graviditetsvecka 23 är de flesta kliniker restriktiva med alla dessa åtgärder, nu liksom tidigare.

### Centralisering av vård i fall av kort graviditetstid

Ett resultat av den svenska undersökningen av utfallet av graviditeter med extremt kort graviditetstid var att det var önskvärt att vården av dessa mödrar och barn centraliserades till kliniker med stor erfarenhet av denna vård [2]. Resultatet av enkätundersökningen visar att detta synes vara fallet i dag. Endast tre länssjukhus med neonatal intensivvård tar numera emot dessa mödrar. En ytterligare centralisering till landets regionsjukhus synes dessutom vara på väg.

Inställningen till graviditeter med en graviditetstid av 24 fullgångna veckor har förändrats, och en allmän ökning av aktiviteten har skett. Orsaken är en snabb utveckling av nyföddhetsvården och förbättrade vårdresultat. Numera kan man räkna med en mortalitet på cirka 45 procent [5]. Enligt uppgifter från Medicinska födelseregistret har också en klar ökning av antalet överlevande barn i denna gestationsålder skett i vårt land under åren 1992–96 [Petra Otterblad-Olausson, Stockholm, pers medd 1998]. I graviditetsvecka 23 är dock inställningen mera avvaktande, och kejsarsnitt på fetal indikation genomförs som regel ej. Detta motiveras bland annat av att mortaliteten bland barnen i

denna gestationsålder fortfarande är hög, cirka 65 procent [5].

### Handikapp hos de överlevande barnen

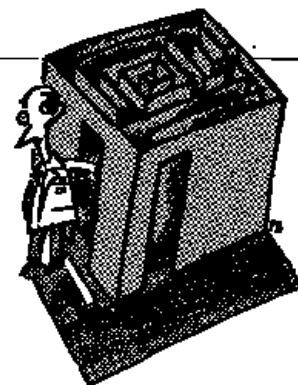
Man måste dock ha uppmärksamheten riktad inte enbart på överlevnaden utan även på eventuella handikapp hos de överlevande barnen. Från England rapporterades nyligen en områdesbase-rad undersökning, där man under åren 1990–94 hade en kraftigt ökad överlevnad i gestationsåldrarna 23–25 veckor jämfört med perioden 1984–1989 (42 procent mot 27 procent) [6]. Samtidigt såg man en kraftig ökning av handikapp bland de överlevande barnen, från 38 procent under perioden 1984–89 till 68 procent under perioden 1990–94.

Ökningen av handikapp berodde framför allt på en ökning av antalet barn med synskador: blindhet på grund av retinopati som ökade från 4 procent till 18 procent, svår myopi som ökade från 4 procent till 15 procent och skelning som ökade från 8 procent till 13 procent. Andelen barn med cerebral pares var oförändrad, det vill säga 21 procent mot 18 procent under de två perioderna.

Det är därför angeläget att inte enbart registrera antalet överlevande barn utan också registrera antalet barn med handikapp. Att barn födda i denna mycket tidiga graviditet löper mycket stor risk för bestående men gör det nödvändigt att följa barnens utveckling noga, och att tidigt sätta in behandling mot eventuella handikapp för att på så sätt optimera barnens fortsatta liv.

### Referenser

1. Finnström O, Lindmark G. Barn med extremt låg födelsevikt. Vilka skall få intensivvård? *Läkartidningen* 1990; 87: 2017-8.
2. Finnström O, Otterblad-Olausson P, Sedin G, Serenius F, Svenningsen N, Thiringer K et al. The Swedish national prospective study on extremely low birthweight (ELBW) infants. Incidence, mortality, morbidity and survival in relation to level of care. *Acta Paediatrica* 1997; 86: 503-11.
3. Finnström O, Otterblad-Olausson P, Sedin G, Serenius F, Svenningsen N, Thiringer K et al. Neurosensory outcome and growth at three years in extremely low birthweight infants: follow-up results from the Swedish national prospective study. *Acta Paediatrica* 1998; 87: 1055-60.
4. Finnström O, Otterblad-Olausson P, Sedin G, Serenius F, Svenningsen N, Thiringer K et al. Stor studie indikerar god prognos för barn med extremt låg födelsevikt. *Läkartidningen* 1999; 96: 1560-7.
5. Serenius F, Engberg S, Ewald U, Håkansson S, Norsted T, Sedin G. Short term outcome of infants born at the limit of viability in two Swedish tertiary centres [abstract 1043]. *Pediatr Res* 1997; 41: 176.
6. Emsley HCA, Wardle SP, Chiswick ML, Souza SWD. Increased survival and deteriorating developmental outcome in 23 to 25 week old gestation infants, 1990-4 compared with 1984-9. *Arch Dis Child* 1998; 78: F99-F104.



**enligt  
min  
erfarenhet**

### Läkartidningens serie 1990–1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11–50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av

Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress.....

Sändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med »Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:  
08-20 76 19