

Rh-negativa kvinnor bör ges antenatal Rh-profylax

I februari 1998 publicerade vi i Läkartidningen en kritisk kommentar till Socialstyrelsens då nyligen utgivna råd och anvisningar angående Rh-profylax [1]. Vi påpekade att det inte fanns några undersökningar som stödde Socialstyrelsens förslag att inte ge Rh-profylax efter medicinska aborter eller efter missfall före den 12:e graviditetsveckan om instrumentell utskrapning inte ägt rum.

Socialstyrelsen svarade att frågan ånyo skulle utredas. Efter två års tystnad är vi något besvikna och undrande, även om denna frågeställning inte är helt lätt att besvara.

En intressant skrift från Royal College of Obstetricians & Gynecologists i England har emellertid nyligen publicerats på Internet [2]. Man graderar sin rådgivning i tre kategorier: A = bygger på randomiserade undersökningar; B = bygger på stora kliniska studier, dock utan randomisering; C = bygger på begränsad erfarenhet, men rekommenderas av experter. I dessa råd och anvisningar ingår även referenser till publicerade undersökningar.

Avråder från profylax i vissa fall

I motsats till tidigare råd från 1997 [3] anbefalles nu att inte ge Rh-profylax vid missfall före den 12:e graviditetsveckan om inte instrumentell utrymning utförts (rådgivning kategori C), dvs samma rekommendation som Socialstyrelsen ger. Däremot rekommenderas fortfarande Rh-profylax efter medicinska aborter före den 12:e graviditetsveckan.

Royal College hänvisar i sina rekommendationer till två äldre undersökningar från 1969 och 1975 [4, 5]. I den första undersöktes 55 fall, men endast fem av dessa följdes upp, utan att någon immunisering kunde påvisas vid kontroll efter sex månader. I den andra undersökningen, som omfattar fler fall (166), har inga patienter följts upp med antikroppsbestämning efter missfallen.

I båda undersökningarna har man blandat ihop tidiga och sena missfall (upp till 21 graviditetsveckor). Man har heller inte differentierat mellan de spontana missfall som måste skrapas och dem som inte skrapades tidigare. I båda studierna har man påvisat fetalt blod hos modern (6 respektive 35 procent av fallen) efter missfallet, men i mycket låg koncentration, dvs med en synnerligen låg risk att framkalla immunisering.

Risken för immunisering

Den minsta mängden fetomaternal transfusion kapabel att framkalla ett immunsvär har beräknats vara mellan 0,1 och 1,25 ml [6]. Risken för immunisering efter legal eller spontan abort ökar proportionellt med graviditetslängden, från att vara nära 0 före den första graviditetsmånaden av graviditeten till 2 procent vid 2 månader och öka till 9 procent vid 3 månader och därefter [6].

Man bör i detta sammanhang hålla i minnet att Rh-negativa kvinnor, med hänsyn tagen till att fadern kan vara Rh-negativ eller heterozygot för Rh-faktorn, får Rh-positiva foster, som alltså kan framkalla en immunisering, endast i ca 60 procent av sina graviditeter. För att säkerställa eller motbevisa en eventuell risk på 1–2 procent behöver minst 400–500 fall av Rh-negativa gravida undersökas med antikroppsbestämning sex månader efter missfallet eller den medicinska aborten.

Rekommendationer i England

Den kanske intressantaste delen av Royal College's rådgivande skrift är att man nu mycket definitivt anser att alla Rh-negativa gravida bör få Rh-profylax omkring graviditetsvecka 30. Dessa rekommendationer är i kategori A, dvs bygger på randomiserade undersök-

” Vi tror också att Socialstyrelsen mycket starkt skall överväga att införa antenatal Rh-profylax till Rh-negativa kvinnor i samstämmighet med rekommendationer i USA, Kanada och nu England. I Norge diskuteras denna fråga för närvarande, och antenatal Rh-profylax kommer sannolikt att införas. ”

ningar. Man har blivit alltmera medveten om att en immunisering kan ske under en till synes normal graviditet, på grund av passage av fetalt blod till modern, och att detta kan förhindras genom Rh-profylax under graviditeten. Från kostnad–nytta-synpunkt är detta antagligen viktigare än att ge Rh-profylax vid mycket tidiga spontana aborter, där risken för immunisering antagligen är synnerligen låg.

Testa hypotesen vid legal abort

Om man av kostnads- eller arbets-skäl på ett enklare sätt än via gängse randomiseringsprocedur vill testa hypotesen att risken för immunisering är negligierbar vid tidig medicinsk eller spontan abort, så skulle ett alternativ vara att man från Socialstyrelsen påbjöd att alla tidiga medicinska aborter (med Rh-negativ moder), enligt senaste anvisningar, inte erhåller någon Rh-profylax. I stället skall dessa patienter alltid testas efter sex månader med avseende på förekomst av antikroppar, med svar till Socialstyrelsen.

I motsats till tidiga spontana aborter, där missfallet ibland sker i hemmet utan ytterligare kontroll eller åtgärd, har man en god dokumentation och kontrollmöjlighet vid dessa fall av tidig legal abort.

En sådan undersökning kan dock säkert uppfattas som etiskt känslig och bör därför värderas av etisk nämnd. Efter något år borde ett tillräckligt stort

Författare

PATRICK BELFRAGE

överläkare, kvinnokliniken, Sentral-sjukhuset i Stavanger, Norge

SVEN NIELSEN

överläkare, kvinnokliniken, Sentral-sjukhuset i Elverum, Norge.

ANNONS

ANNONS

antal patienter ha registrerats för att man definitivt skall kunna avfärda frågan, alternativt återgå till den gamla ordningen.

Inför antenatal Rh-profylax

Vi tror också att Socialstyrelsen mycket starkt skall överväga att införa antenatal Rh-profylax till Rh-negativa kvinnor i samstämmighet med rekommendationer i USA, Kanada och nu England. I Norge diskuteras denna fråga för närvarande, och antenatal Rh-profylax kommer sannolikt att införas.

Referenser

1. Belfrage P, Nielsen S. Oklart om profylax mot Rh-immunisering. Läkartidningen 1998; 95: 708-10.
2. Use of Anti-D immunoglobulin for Rh Prophylaxis. www.rcog.org.uk/guidelines/antid.html
3. Grudzinskas JG, O'Brien P, eds. Problems in early pregnancy. Advances in diagnosis and management. London: RCOG Press, 1997: 329.
4. Jörgensen J. Foeto-Maternal blödning [dissertation]. Köpenhamn, 1975.
5. Matthews C, Matthews A. Transplacental haemorrhage in spontaneous and induced abortion. Lancet 1969; i: 694-5.
6. Keit LG, Method MW, Berger GS. Prevention of Rh-immunisation after spontaneous and induced abortion. In: Hafez ESE, ed. Spontaneous abortion. Adv Reprod Health Care 1984: 353-61.

Socialstyrelsen: Inga nya allmänna råd om RhD-immunisering

I artikeln ovan föreslår Patrick Belfrage och Sven Nielsen att »Socialstyrelsen mycket starkt skall överväga att införa antenatal Rh-profylax till Rh-negativa kvinnor ...»

Läkartidningen sände Belfrages och Nilsens artikel till Socialstyrelsen för en kommentar, och fick då av dr Claes Mebius, hälso- och sjukvårdsavdelningen, beskedet att de nuvarande allmänna råden inom området (Profylaktisk behandling mot uppkomst av RhD-immunisering, SOSFS 1997:9) kommer att dras in.

Policyändring

Anledningen är att Socialstyrelsen successivt går igenom alla författningar och tar bort dem som inte har direkt grund i lagstiftning. Icke bindande rekommendationer kommer

Det är dags att sätta P i sjukvården!

Patienterna, Professionalismen, Personalen i centrum

1990-talet har uppvisat en sjukvårdskris, som varje svensk medborgare är väl medveten om idag. Inför det nya århundradet är det dags att sätta P för denna negativa utveckling.

Med P:et menas givetvis inte att man ska stoppa sjukvården. Den har en kontinuerlig utveckling och är ett förändringsarbete, som aldrig går att hejda. Femtio procent av det vi gör idag fanns inte för tio år sedan. Nej, P:et betyder sätta punkt (lat punctum) i sjukvården, dvs det vi har bakom oss ska vi försöka

”Ett centralt dilemma i sjukvården är att ledningen löser sina egna problem med fissioner (sprickbildningar) medan samma ledning försöker lösa verksamhetens problem med fusioner (sammanslagningar).”

lämna och sätta punkt för, och istället göra sjukvården till något positivt och attraktivt.

Orsak och ansvar

Idag domineras sjukvården av negativa P:n istället för positiva. De negativa P:na är Pengar, Prestige, Position, Pseudomöten, Pärmar, Papper och Politik(er?). De flesta menar att den sk 7-kronan blev starten till den kontinuerliga försämringen. Morötterna försvann och Jantelagen blev allt mer förhälskande.

Idag tjänstgör ett icke oansenligt antal svenska läkare i Norge och i andra länder för att stärka sin kassa men också för att få en bättre arbetsmiljö. Den tilltagande läkarbristen i Sverige vill man nu ersätta med »import» av utländska läkare, som i första hand måste genomgå en snabbundervisning i svenska.

Sjukvården har efterhand blivit en ekonomisk fråga och leds tyvärr ofta av förvaltare istället för utvecklare. Ofta är det till och med så att de personer som i stor utsträckning deltar i möten och bär pärmar och papper har den högsta lönen jämfört med innovatörer och dem som verkligen utför det sjukvårdande arbetet.

Ledarskapskris i sjukvården?

Svaga politiker och svaga administratörer tillsätter ej starka chefer. Framsynta ledargestalter får ej förekomma. Likriktningen är skrämmande tydlig. Det verkar ibland som om chefer tillsätts på meriten att vara beredd att göra avkall på sin professionella övertygelse

Författare

NILS-OTTO SJÖBERG

professor i obstetrik och gynekologi vid Lunds universitet.

Socialstyrelsen således inte längre att ge ut.

En sak för läkarna själva

Claes Mebius berättar att man trots detta ändå diskuterar om Socialstyrelsen skall kunna ge ut någon form av medicinsk information. Formerna för detta är dock ännu inte klara, bl a finns juridiska aspekter – informationen får inte uppfattas som ett juridiskt bindande åliggande.

Landets läkare kan alltså inte, på samma sätt som hittills, förvänta sig riktlinjer från Socialstyrelsen för sitt medicinska handlande. Att tillhandahålla den typen av råd kan i stället bli en uppgift för läkarnas egna samman slutningar, exempelvis Svenska Läkaresällskapet och dess sektioner.

Jan Lind