

Fler kejsarsnitt utan medicinsk grund – trots riskerna



YLVA VLADIC STJERNHOLM, överläkare, med dr, verksamheten för kvinnors hälsa, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Universitetssjukhuset

Solna, Karolinska institutet, Stockholm
 ylva.vladic-stjernholm@karolinska.se

Kejsarsnittsförlossningar har ökat i flertalet utvecklade länder under de senaste decennierna. I Sverige förlöstes 5 procent av kvinnorna med kejsarsnitt vid mitten av 1970-talet [1]. Under åren 2004–2005 var kejsarsnittsfrekvensen i Sverige 17 procent, i Europa 20 procent och i USA 29 procent [2, 3]. Andelen kejsarsnitt varierar inte bara mellan utan även inom länderna. Kejsarsnitt på begäran, så kallad humanitär indikation, har blivit mer relevant i situationer där medicinska indikationer för kejsarsnitt saknas, och har angetts utgöra 1–48 procent av totala antalet kejsarsnitt vid allmänna sjukvårdsenheter och upp till 60 procent av totala antalet kejsarsnitt vid privata vårdinrättningar [3]. Ändå uppger mer än 90 procent av gravida kvinnor tillfrågade tidigt respektive sent i graviditeten att de vill föda på vanligt sätt [4, 5]. Ökningen av kejsarsnitt har inte kunnat relateras till förändringar i befolkningens hälsosituation. Istället menas den ökade sectiofrekvensen bero på vårdgivarens attityd till kejsarsnitt och en ökad medvetenhet om konsumenternas preferenser, faktorer som varierar stort mellan olika europeiska länder [6]. Vad vet vi om de medicinska riskerna vid kejsarsnitt? Varför ökar antalet kejsarsnitt? Här rapporteras resultat av sökning i Medline/Pubmed, Socialstyrelsen, World Health Organization, Cochrane Library, American College of Obstetricians and Gynecologists och National Institute for Clinical Excellence på kejsarsnitt, maternell mortalitet och morbiditet samt neonatal mortalitet och morbiditet.

Akut kejsarsnitt

Medicinska indikationer. Ett beslut om akut kejsarsnitt på medicinsk indikation avser att reducera mortalitet och morbiditet för mor och barn. Utebliven progress av förlossningen (dystoci) är den främsta indikationen för akut kejsarsnitt och har angetts som orsak vid 60 procent av totala antalet kejsarsnitt [7]. Misstanke om, eller påvisad, hotande syrebrist hos barnet (hotande eller manifest fosterasfyxi) utgör den andra frekventa indikationen för akut sectio.

Livsstilsfaktorer. Rökning ökar risken för graviditetskomplikationer och perinatale komplikationer [1, 2]. Övervikt hos modern innebär ökad risk för graviditetskomplikationer. Enligt WHO är den globala situationen för första gången i historien nu sådan att fler människor avlider på grund av övervikt och fetma än av svält och malnutrition [2]. Även viktökning hos modern före graviditeten och som inte når BMI-gränsen för övervikt har visats öka riskerna för perinatale komplikationer och för kejsarsnitt [8]. Det är därför möjligt att en ökning av akuta kejsarsnitt i grunden delvis kan baseras på förändrade livsstilsfaktorer.

Vårdgivarens attityd. Inför en förlossningssituation där risk för komplikation inte kan uteslutas har drygt 80 procent av till-

frågade obstetrikerna uppgivit att deras vilja att undgå kritik från föräldrapar eller rättsmyndighet bidragit till deras beslut om kejsarsnitt. Vårdgivaren kritiserades ofta för att ha underlåtit att fatta beslut om kejsarsnitt men sällan för att ha intervenerat [6].

Planerat kejsarsnitt

Felaktig fosterpresentation (sätessläge, tvärläge, framstupa deflektionsläge), tidigare myometriegenomgripande operation (myom), två tidigare sectio eller bäckenträngsel betraktas som vedertagna medicinska indikationer för planerat kejsarsnitt [9].

Planerat kejsarsnitt på begäran

Vid planerat kejsarsnitt utan medicinsk indikation saknas den tydliga livräddande målsättning som finns vid kejsarsnitt av medicinska skäl. Randomiserade, kontrollerade jämförande studier av elektiva kejsarsnitt på icke medicinsk indikation och vaginala förlossningar saknas [3, 9]. Hos de blivande föräldrarna har rädsla för förlossningssmärta, för att förlora kontrollen, för bristande tillsyn och övervakning under förlossningen, för att barnet skall skadas eller avlida och för bäckenbottenskada hos kvinnan angivits som skäl att önska kejsarsnitt [9, 10].

Förlossningsrädsla. Förlossningsrädsla, som i olika studier uppskattats förekomma hos 5–6 procent av gravida kvinnor, har rönt ökande uppmärksamhet under de senaste åren, och enheter för antenatal psykosocial rådgivning har skapats vid flertalet kvinnokliniker i landet. Negativa förväntningar och rädsla inför förlossningen har visats vara relaterad till psykosociala faktorer som tidigare anamnes på depression och ångest, upplevelse av bristande stöd från partner, tidigare negativ förlossningsupplevelse och tidigare akut sectioförlossning [11]. Incidensen av förlossningsrädsla reduceras hos kvinnor som genomgår mödrahälsovårdens föräldrautbildning [9]. Incidensen av kejsarsnitt har i en svensk studie visats reduceras med 50 procent hos kvinnor som erhållit mödrahälsovårdens föräldrautbildning och psykologiskt stöd under graviditeten [10]. En svensk studie visade ökad frekvens av efterföljande akut kejsarsnitt hos kvinnor med förlossningsrädsla i sen graviditet [12], medan en brittisk studie inte kunde påvisa någon korrelation med vare sig elektiva eller akuta kejsarsnitt [13]. En prospektiv kohortstudie, där starka negativa förväntningar inför förloss-

SAMMANFATTAT

Andelen kejsarsnittsförlossningar har ökat i flertalet västländer under de senaste decennierna.

Kejsarsnitt på begäran har blivit vanligare i situationer där medicinska indikationer saknas. Ändå vill mer än 90 procent av kvinnor tillfrågade tidigt respektive sent i graviditeten föda på vanligt sätt.

Ökningen av kejsarsnitt har inte kunnat relateras till förändringar i befolkningens hälsosituation och leder inte till en motsvarande minskning av den perinatale mortaliteten. Förebyggande mödrahälsovården är av största vikt för att minska kejsarsnittsfrekvensen.

ningen inkluderades i definitionen av förlossningsrädsla, påvisade sådan hos var tionde kvinna. I gruppen med uttalad förlossningsrädsla och som fått antenatal psykosocial rådgivning var den totala kejsarsnittsfrekvensen 38 procent, varav planerade sectio svarade för 30 procent och akuta 8 procent. Förvånansvärt nog uppvisade gruppen med uttalad förlossningsrädsla som inte fått antenatal psykosocial rådgivning en lägre frekvens av kejsarsnitt, på totalt 20 procent, varav planerade 4 procent och akuta 16 procent, vilket var jämförbart med kontrollgruppens siffror. Tillfrågade två månader efter förlossningen tyckte inte de kvinnor som fött med kejsarsnitt att deras upplevelse av förlossningen var bättre än vad de som fött vaginalt tyckte [10, 11].

Förlossningssmärta. Trots det ökade användandet av smärtlindring inkluderande regional bedövning mot förlossningssmärta tycks inte andelen kvinnor som är nöjda med smärtlindringen under förlossningen ha ökat. Klagomålen har rört sig främst om brist på uppmärksamhet och stöd under förlossningen [1].

Skada på bäckenorgan. Det finns en utbredd medvetenhet om och uppfattning i befolkningen att kejsarsnittsförlossning kan minska risken för framfall (prolaps) av bäckenorganen och för urin- och tarminkontinens. I populärlitteraturen utlovas kejsarsnitt bevara bäckenbottenanatomien »som hos en tonåring«. Inkontinenssymtom har rapporterats minska från 10 procent till 5 procent om kvinnans samtliga barn föds med profylaktiskt kejsarsnitt [14]. Riskfaktorer för urininkontinens och framfall har dock visats vara: graviditeten i sig, obesitas, fysiologiskt åldrande samt i vissa fall instrumentell vaginal förlossning med skada på bäckenbottenmuskulatur eller nerver [14, 15, 16]. Vid långtidsuppföljning har flera studier visat att den initialt skyddande effekten av kejsarsnittet försvunnit [14, 15]. Inkontinenssymtom efter menopaus är heller inte vanligare hos kvinnor som genomgått vaginal förlossning än hos kvinnor som inte fött barn [16].

Vårdgivarens attityd. Vårdgivarnas attityd till kejsarsnitt på patientens begäran varierar stort mellan olika europeiska länder. Respekt för patientens autonomi var den främsta citerade orsaken till läkarens beslut att utföra kejsarsnitt enbart på patientens begäran 2001–2002. Därefter var förlossningsrädsla och en tidigare genomgången kejsarsnittsförlossning de främsta nämnda skälen. Samtidigt angav en majoritet av läkarna att befarad rättslig påföljd vid eventuell komplicerad vaginal förlossning var den starkaste variabeln för beredvilligheten att utföra kejsarsnitt på begäran. Författarna konkluderade att uppgiven respekt för patientens autonomi delvis kan utgöras av defensivt medicinskt agerande, vilket har angetts som orsak till den ökade kejsarsnittsfrekvensen [6, 17].

Maternell mortalitet och morbiditet

Peroperativa risker har reducerats när operationstekniken förbättrats och nya medikamenter tagits i bruk under de senaste decennierna [1, 3]. Vissa studier har visat lägre maternell mortalitet vid kejsarsnitt än vid vaginal förlossning [18]. Data är svårtolkade, eftersom definitionen av elektiv operation varierar och data från elektiva och akuta operationer ibland rapporteras tillsammans. Definitionen av maternell mortalitet varierar också: från WHOs definition 42 dagar efter förlossning till ett tidsspänn på upp till ett halvt år [2]. Det kan inte alltid avgöras om antenatala riskfaktorer eller förlossningsmetoden som sådan är orsaken till mödradödlighet. Relativa risken för maternell mortalitet i samband med kejsarsnitt har enligt Na-

annons

tional Institute for Clinical Excellence minskat från åtta gånger vid slutet av 1980-talet till fyra gånger vid slutet av 1990-talet, då den uppgick till 8,2 per 100 000 jämfört med 1,7 per 100 000 efter vaginal förlossning. Åren 2000–2002 var mödradödligheten 2,8 gånger högre efter planerade, och 4,3 gånger efter omedelbara och akuta kejsarsnitt än efter vaginal förlossning [19]. Trombos inkluderande lungemboli, blödning och postoperativa infektioner står kvar som de främsta perioperativa maternella komplikationerna [9, 19].

Blödning. Incidensen av postpartumblödning, definierad som blödning >1 000 ml, anges till 4–5 procent vid vaginal förlossning i utvecklade länder och betydligt högre i utvecklingsländer. Orsaken till obstetrisk blödning är i 90 procent uterusotoni och i resterande fall placentakomplikationer eller vävnadslaceration. Elektivt kejsarsnitt före påbörjat värkarbete innebär inte någon ökad blödningsrisk [20, 21]. En retrospektiv granskning av drygt 30 000 förlossningar visade att risken för transfusionskrävande blödning var 4 gånger högre efter akut intrapartalt kejsarsnitt än efter vaginal förlossning [22]. Riskfaktorer för postpartumblödning som förlängt värkarbete, obesitas, stort barn (>4,5 kg) och infektion i fostervatten och fosterhinor (korioamnionit) ökar i sig också risken för akut kejsarsnitt under förlossningen [7, 8, 21].

Djup ventrombos. Relativa risken för djup ventrombos inkluderande lungemboli ökar 10 gånger redan under tidig graviditet till 1 på 1 000 kvinnor, och ytterligare 2–8 gånger vid kejsarsnitt [23, 24]. Elektiva, okomplicerade kejsarsnitt i epidural eller spinal anestesi före påbörjat värkarbete innebär lägst risk, medan akuta, komplicerade operationer i narkos innebär den högsta risken [23]. Riskfaktorer för trombos är, förutom det operativa traumat, tidigare djup ventrombos, obesitas, rökning, hypertensiv sjukdom och trombofili. Riskfaktorerna obesitas och hypertensiv sjukdom är också riskfaktorer för akut sectio. Hög maternell ålder har tidigare betraktats som riskfaktor för trombos men har senare visats vara korrelerad till en ökad kejsarsnittsfrekvens snarare än med ökad trombosbenägenhet [24].

Postoperativ infektion. En amerikansk retrospektiv studie av mer än 30 000 förlossningar visade en total endometritfrekvens på 1,6 procent, en 10 gånger ökad endometritrisk efter primärt kejsarsnitt före värkstart och en 20 gånger ökad endometritrisk efter akut, intrapartalt kejsarsnitt. Riskfaktorer för endometrit var förutom det operativa ingreppet lång vattenavgång, obesitas och korioamnionit [22].

Föreliggande moderkaka. Rapporter om placentakomplikationer med svårstillade blödningar har blivit vanligare i takt med den ökande kejsarsnittsfrekvensen [3]. En kvinna med ett kejsarsnitt i anamnesen löper mer än två gånger ökad risk för föreliggande moderkaka (placenta praevia). Risken ökar exponentiellt med antalet genomgångna kejsarsnitt [25, 26]. Föreliggande moderkaka innebär i sin tur ökad risk för att moderkakan växer in i eller genom myometriet (placenta accreta/placenta percreta), vilket medför stora risker för svårstillade blödningar. En studie har funnit att ett tidigare kejsarsnitt i anamnesen ökar risken för placenta accreta med 25 gånger, från 0,01 procent till 0,25 procent. Risken för placenta accreta/percreta ökar exponentiellt med antalet genomgångna kejsarsnitt [25, 26]. Incidensen av placenta accreta har ökat från 2 per 1 000 förlossningar på 1950-talet, 40 per 1 000 förlossningar på 1970-talet till drygt 100 per 1 000 förlossningar på 1980-talet [25].

För tidig avlossning av moderkakan. Incidensen av för tidig avlossning av moderkakan (ablatio placentae) ökar från 0,4–0,5 procent i populationen, till minst 1 procent efter ett sectio [27, 28].

Uterusruptur. Tidigare myometrioperation ökar risken för uterusruptur vid efterföljande förlossning. Hos kvinnor i fertil ålder är kejsarsnitt den vanligaste operationen som engagerar myometriet. Risken för uterusruptur anges för populationen som helhet till 0,05 procent och till 0,5–1 procent vid graviditet efter tidigare kejsarsnitt [29, 30]. Riskfaktorer för uterusruptur eller fenestrering av livmoderväggen, där visceral peritoneum täcker myometriedefekten, är två eller fler kejsarsnitt, induktion av förlossning, utdraget förlossningsförlopp, särskilt förlängt utdrivningskede, instrumentell förlossning och malpresentation [30].

Igångsättning av förlossning efter tidigare kejsarsnitt. Vid igångsättning (induktion) av förlossning med prostaglandin eller oxytocin är risken för uterusruptur förhöjd efter ett tidigare kejsarsnitt oberoende av graviditetens längd [31, 32]. I en retrospektiv kohortanalys var risken för uterusruptur vid vaginal förlossning efter tidigare kejsarsnitt 1,6 per 1 000 kvinnor med upprepat sectio utan värkarbete, 5,2 per 1 000 kvinnor med spontan förlossningsstart, 7,7 per 1 000 kvinnor efter förlossningsinduktion utan prostaglandin och 24,5 per 1 000 kvinnor efter induktion med prostaglandin [32].

Perinatal mortalitet och morbiditet

Evidens saknas för att elektiva kejsarsnitt skulle reducera den perinatale mortaliteten [1, 2]. I Europa har Italien, med den högsta kejsarsnittsfrekvensen, högre perinatal mortalitet än Nederländerna, där kejsarsnittsfrekvensen är lägst [2]. En retrospektiv studie av mer än fem miljoner förlossningar har visat tre gånger förhöjd neonatal mortalitet hos barn som fötts med kejsarsnitt utan antenatala medicinska riskfaktorer jämfört med vaginal förlossning [33]. Placentakomplikationer ökar exponentiellt med antalet genomgångna kejsarsnitt, och därmed ökar också den perinatale mortaliteten, vilken har uppskattats till 5 procent vid placenta accreta och 30 procent vid ablatio placentae [20, 25]. En retrospektiv studie av drygt 120 000 andragångsgraviditeter visade fördubblad risk för intrauterin fosterdöd från 39 graviditetsveckor och framåt vid graviditet efterföljande ett tidigare sectio jämfört med en tidigare vaginal förlossning [34].

Neonatal andningsstörning. Neonatal andningsstörning inkluderande persisterande pulmonell hypertension, respiratorisk distress och takypné, har rapporterats uppgå till 0,37 procent efter elektivt kejsarsnitt, vilket är fem gånger vanligare än vid vaginal förlossning. Risken minskar efter 39 graviditetsveckor [9, 34]. Orsaker anges vara att kvinnor som föder med kejsarsnitt har lägre nivåer av prostaglandiner och lägre frisättning av adrenalin, cykliskt AMP och absorption av natrium, faktorer som reducerar vätskemängden i den fetala lungan [34].

Sammanfattning

Sammanfattningsvis bekräftas att kejsarsnittsförlossning medför medicinska risker för mor och barn. Dagens höga kejsarsnittsfrekvens står inte i proportion till en motsvarande minskning av den perinatale mortaliteten. Den kan inte förklaras med medicinska indikationer och gör inte den födande kvinnan mer nöjd med sin förlossning. Betydelsen av livsstilsfaktorer, de blivande föräldrarnas behov av stöd och vårdgivarens attityd till och beredvillighet att utföra kejsarsnitt fram-

träder starkt. Förebyggande mödrahälsovård, tydliggörande av vårdgivarens attityd till kejsarsnitt och av de medicinska indikationerna för kejsarsnitt tycks vara av största betydelse för att

vi ska komma till rätta med det ökade antalet kejsarsnittsförlossningar i samhället idag.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik/graviditet>
2. <http://www.euro.who.int/HFADB>
3. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD004660.
4. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*. 2002;109:618-23.
5. Habiba M, Kaminski M, Da Frè M, Bleker O, Librero J, Grandjean H, et al. Caesarean section on request: A comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG*. 2006;113:647-56.
6. Dystocia and augmentation of labor. *Practice Bulletin*, No 49. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004;85:315-24.
7. Villamor E, Cnattingius S. Interpregnancy weight change and risk of adverse pregnancy outcomes: A population based study. *Lancet*. 2006;368:1164-70.
8. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*. 2006;113: 638-46.
9. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998;77:542-47.
10. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG*. 2002;109:1213-21.
11. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2003;348:900-7.
12. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relation to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG*. 2000;107:1460-70.
13. National Institute for Clinical Excellence. Why mothers die 2000-2002. Sixth report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press; 2004.
14. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity with vaginal versus caesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2004;103:907-12.
15. Lindqvist P, Dahlbäck B, Marsal K. Thrombotic risk during pregnancy: A population study. *Obstet Gynecol*. 1999;94:595-9.
16. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accrete and prior cesarean section. *Obstet Gynecol*. 1985;66:89-92.
17. Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA, Lapinski RH. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *JAMA*. 1999;282:1646-51.
18. Hofmeyr GJ, Say L, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. The prevalence of uterine rupture. *BJOG*. 2005;112:1221-8.
19. Mac Dorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Infant and neonatal mortality for primary caesarean and vaginal births to women with »no indicated risk«. *United States, 1998-2001 birth cohorts. Birth*. 2006;33:175-82.
20. Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol*. 2001;97:439-42.

Läkartidningen söker marknads- och försäljningsdirektör

Läkartidningen är den ledande medicinskt vetenskapliga tidningen i Sverige och ett organ för Sveriges läkarförbund. I uppdraget ingår att marknadsföra Läkartidningen mot potentiella annonsörer i industrin, organisationsvärlden, offentlig och privat sektor.

Vi sätter stort värde på förmågan till strategisk analys och god förmåga att utveckla och säkra kvaliteten i våra kundrelationer. Du ska också vårda och utveckla Läkartidningens varumärke. Förmåga att leda och coacha en professionell marknads- och annonsavdelning – med flera personer – är ett krav.

Du kan kontakta tidningens chefredaktör och ansvarige utgivare **Jonas Hultkvist** på telefon 08-790 34 61 eller via e-post jonas.hultkvist@lakartidningen.se

Du kan också kontakta Läkartidningens och Sveriges läkarförbunds VD **Catarina Andersson Forsman** på telefon 08-790 34 02 eller e-post catarina.andersson.forsman@slf.se

Din intresseanmälan vill vi ha senast den 12 april under adress **Läkartidningen, att: Yvonne Bäärnhjelm, Box 5603, 114 86 Stockholm.**

Fackliga frågor kan besvaras av **Nils Erik Solberg** (JUSEK) på telefon 08-790 33 71, nilserik.solberg@slf.se och **Vivan Streng** (Grafiska fackförbundet) på telefon 08-790 34 73, vivan.streng@lakartidningen.se

Utmanande
saklig

Läkartidningen