

Bør ultralydundersøkelsen gjøres tidligere i svangerskapet?

Av 33 perinatale dødsfall ved Sentralsykehuset i Rogaland i 1991 var syv barn sterkt vekstretarderte (< 3 percentilen) i forhold til ultralydterminen. Fem var moderat vekstretarderte (3–10 percentilen), mens de øvrige ikke var sikkert vekstretarderte. For de tre gruppene lå termin etter ultralyd henholdsvis gjennomsnittlig 18, åtte og fem dager senere enn termin etter Nægeles regel. I ett tilfelle med graviditet etter in vitro-fertilisering var ultralydterminen 22 dager senere enn terminen utregnet på grunnlag av kjent tidspunkt for befruktning. Å forholde seg til en ultralydtermin fastsatt i 18–19 uke, kan gi alvorlige konsekvenser ved tidlig vekstretardasjon. Tidligere ultralydundersøkelse vil gi sikrere terminbestemmelse. Misdannelsesdiagnostikken bør skilles fra terminbestemmelsen.

Bør ultralydundersøkelsen gjøres tidligere i svangerskapet?

Ved Sentralsykehuset i Rogaland forekom det i 1991 33 perinatale dødsfall (7,7%). Dette tallet er en del høyere enn det sykehuset har hatt de seneste årene, henholdsvis 5,3 og 4,2% i 1989 og 1990.

Vurdert ut fra det percentilskjema som brukes ved vår nyfødtavdeling (1), var 12 av disse vekstretarderte, idet de lå under tipercentilen i forhold til svangerskapslengden som ble fastsatt i henhold til ultralydterminen. Av disse 12 var syv også under trepercentilen, dvs. at de var ekstremt vekstretarderte.

Se redaksjonell kommentar side 3417

Johan Bergh

Gynekologisk/obstetrisk avdeling
Sentralsykehuset i Rogaland
4011 Stavanger

Bergh J.

Earlier ultrasound examination in pregnancy?

Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3450–1

In 1991 33 perinatal deaths occurred at Rogaland hospital. Seven of the babies showed severely retarded growth (< 3 percentile) compared with the delivery date indicated by ultrasound. Five babies showed moderately retarded growth (from 3–10 percentile) and the remaining babies were not definitely growth retarded. For the three groups the delivery date indicated by ultrasound was on average 18, eight and five days later than the date estimated according to the rule of Naegele. A delivery date estimated by ultrasound at 18–19 weeks may cause serious misjudgements in cases of early retardation of growth. Earlier ultrasound examination is recommended for a more reliable estimated date of delivery. The author discusses ultrasound examination which differentiates estimation of delivery date and screening for malformation.

Jo større vekstavvik, desto større terminforskjell

For en av de syv hvis foster lå under trepercentilen, hadde ikke anført siste menstruasjon i helsekortet. Hun hadde således bare ultralydtermin. De øvrige seks kvinnene hadde ultralydtermin som varierte fra ti til 30 dager senere enn terminen etter Nægeles regel. To av disse var befruktet in vitro. Det ene fosteret var tvilling, og var ved screeningtidspunktet (ved 18 uker og tre dager) allerede sterkt vekstretardert i forhold til sin tvillingbror. Det andre lå ved screeningtidspunktet (ved 18 uker og tre dager) hele 22 dager etter

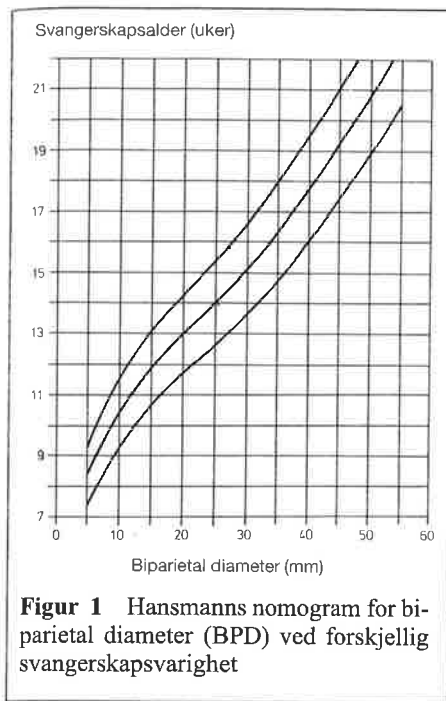
terminen utregnet etter det kjente befruktningstidspunktet.

Gjennomsnittlig lå ultralydterminen for disse seks, som alle var ekstremt vekstretarderte, 18 dager senere enn terminen utregnet etter Nægeles regel.

Av de fem som lå mellom ti- og trepercentilen, manglet det hos én kvinne data for siste menstruasjon. Én hadde ultralydtermin tre dager før terminen etter Nægeles regel (her utviklet moren en uttalt hypertoni i 31. svangerskapsuke, barnet døde intrauterint i 34. svangerskapsuke). De øvrige tre hadde ultralydtermin som lå 13, 13 og ni dager senere enn termin etter Nægeles regel (den siste av disse var tvilling). Gjennomsnittlig lå ultralydterminen for denne gruppen åtte dager senere enn forventet i forhold til siste menstruasjon.

I gruppen som ikke var sikkert vekstretardert (dvs. lå over tipercentilen), var det tre kvinner som ikke hadde anført siste menstruasjon og/eller ultralydtermin. De øvrige 19 hadde gjennomsnittlig en ultralydtermin som lå fem dager senere enn termin etter Nægeles regel. Dette er naturlig, da det jo er en del kvinner som ikke husker sin siste menstruasjon med sikkerhet, har lange sykluser og forsinkede ovulasjoner.

Verdien av en objektiv og sikker fastsettelse av fødselstermin er udiskutabel. Uten en rimelig sikker termin vil vi ikke effektivt være i stand til å fange opp de vekstretarderte fostre og følge deres tilvekst og utvikling. Jo tidligere vekstretardasjonen opptrer, og jo mer alvorlig den er, desto viktigere er det å kjenne den eksakte terminen. Det vil være paradoksalt hvis de aller mest truede fostre får en forsinket termin ved hjelp av vår flotte teknologi. Da vil en alvorlig vekstretardasjon bli oppdaget senere og ofte for sent. Videre vil alvorlighetsgraden av vekstretardasjonen bli undervurdert. Vi overvåker et alvorlig vekstretardert foster helt annerledes i



Figur 1 Hansmanns nomogram for biparietal diameter (BPD) ved forskjellig svangerskapsvarighet

27.-28. uke enn vi gjør i 25.-26. uke, og det er et faktum at de fleste vil klare seg bra ved forløsning i 28. uke selv om de er små.

«Galere enn galest»

Bratlid (2) hadde et interessant innlegg om ultralydterminfastsettelse i tidsskriftet i 1991. Han påpeker her spesielt hvilke alvorlige konsekvenser en feilaktig terminfastsettelse kan få i problematikken omkring overtidsvurderingen. I praksis har nok imidlertid de kvinner som «rekker» å komme frem til en overtidsvurdering en relativt korrekt ultralydtermin. Diskrepans mellom termin, basert på Nægeles regel, og ultralyd har i alle fall ikke ved vår store avdeling med over 4 000 fødsler i året ført til noen perinatale dødsfall i denne overtidsgruppen. Jeg kan imidlertid ikke være like kategorisk når det gjelder de tidlig vekstretarderte. Jeg tror at en ukorrekt ultralydtermin har medført at vekstretardasjoner ikke er blitt diagnostisert i tide og således fått fatale følger. Det er konsekvensen for

de tidlig vekstretarderte, som er galere enn det Bratlid angir som galest.

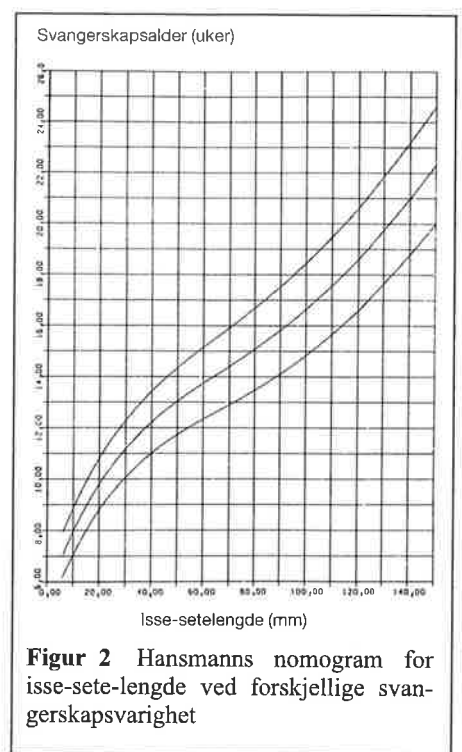
Vi står altså i den situasjon at vi med ultralyd kan gi de fleste en relativt korrekt termin. Men for en liten gruppes vedkommende foreligger det allerede på screeningtidspunktet en vekstretardasjon, og de får dermed en falskt forsinket termin. Med vår høyteknologiske apparatur kan vi forverre situasjonen for de aller svakeste. Det at vi med våre undersøkelsesprosedyrer forverrer pasintenes situasjon, er meget alvorlig.

Hva kan vi gjøre?

Svaret er etter mine begreper relativt enkelt. Vi må gjøre terminfastsettelsen tidligere. Vi må ikke glemme at biparietal diameter kan måles ned til ni uker med suprapubisk ultralyd. Jeg viser i den anledning til Hansmanns tilvekstkurve over biparietal diameter (fig 1). Standardavviket reduseres jo tidligere man er i graviditeten. Dersom man i tillegg måler isse-sete-lengden (fig 2) og studerer de embryoføtale strukturer, vil man få en mer korrekt termin jo tidligere i svangerskapet undersøkelsen gjøres (3). Vaginal ultralyd vil gjøre tidlig ultralydundersøkelse ytterligere nøyaktig.

Hva taper vi med tidlig ultralydundersøkelse?

Vi taper informasjon med hensyn til misdannelsediagnostikken. I 12. uke er det bare noen av de aller groveste misdannelser som kan diagnostiseres. Vi må imidlertid ikke glemme at ultralydundersøkelsen i svangerskapet ble innført for å gi en korrekt termin, diagnostikk av flerlinger og placentas lokalisasjon. Etter hvert har imidlertid undersøkelsen dreid seg mer om misdannelsediagnostikk og mindre om terminfastsettelse, og tidspunktet for undersøkelsen er blitt trukket til dels lenger utover mot 20. svangerskapsuke. Jeg tror at denne sammenblandingen av terminfastsettelse, og den nitide organdiagnostikken er uheldig. Selv om primærlegen har plikt til å informere kvinnen om hva ultralydundersøkelsen innebærer, virker det som om de fleste er svært uforberedt på dårlige nyheter. Det å få vite at man bærer et barn



Figur 2 Hansmanns nomogram for isse-sete-lengde ved forskjellige svangerskapsvarighet

med mer eller mindre alvorlig feil, er en stor belastning i svangerskapet, selv om de fleste etter fødselen gir uttrykk for at det var godt å være forberedt.

Etter min mening bør man således skille terminundersøkelsen og en eventuell misdannelsesscreening. Førstnevnte bør gjøres som en enkel undersøkelse tidlig i svangerskapet og helst før 14. uke, mens sistnevnte bør være et tilbud til dem som ønsker det etter på forhånd grundig informasjon.

Litteratur

1. Yudkin PL, Aboualfa M, Eyre JA, Redman CWG, Wilkinson AR. Influence of elective preterm delivery on birthweight and head circumference standards. Arch Dis Child 1987; 62: 24-9.
2. Bratlid D. Bestemmelse av fødselstermin ved tidlig ultralydundersøkelse - galt, galere, galest? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1379-81.
3. Hansmann M, Hacklöer B-J, Staudach A. Ultrasound diagnosis in obstetrics and gynecology. Berlin: Springer, 1985: 35-52.